

# Utiliser le potentiel des praticiens privés formels et informels pour la survie de l'enfant :

*Analyse de situation et récapitulatif d'interventions prometteuses*



Décembre 2002



USAID, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable

Avant-propos par le Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent, Organisation mondiale de la Santé

---

# **Utiliser le potentiel des praticiens privés formels et informels pour la survie de l'enfant :**

## ***Analyse de situation et récapitulatif d'interventions prometteuses***

Décembre 2002

Youssef Tawfik, MD, MPH\*, Robert Northrup, MD\*\*, Suzanne Pryor-Jones, Ed.D\*\*\*

*\* Conseiller senior pour la Survie de l'Enfant, Projet SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique), L'Académie pour le Développement de l'Éducation.*

*\*\* Conseiller technique senior, Projet Hope.*

*\*\*\* Directrice, Projet SARA, L'Académie pour le Développement de l'Éducation.*

Le Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA) est mis en œuvre par l'Académie pour le Développement de l'Éducation avec les sous-traitants suivants : Tulane University, JHPIEGO, Morehouse School of Medicine, et Population Reference Bureau. SARA est financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable (AFR/SD/HRD), aux termes du contrat AOT-C-00-99-00237-00.

Pour de plus amples informations ou pour obtenir d'autres exemplaires, prière de contacter :

Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project  
Academy for Educational Development  
1825 Connecticut Avenue, NW  
Washington, DC 20009 USA  
Tel: 202-884-8000  
Fax: 202-884-8447  
E-mail: [sara@aed.org](mailto:sara@aed.org)

## Table des matières

Acronyms .....	v
Remerciements .....	vi
Avant-propos .....	vii
Résumé analytique.....	ix
I. Pourquoi des praticiens privés ? – Les nouveaux habits de l’empereur !.....	1
II. But et méthodologie de l’analyse .....	1
III. Où les soignants des enfants obtiennent-ils les soins pour leurs enfants malades ? ..	2
IV. Problèmes au niveau de la qualité des soins fournis par les praticiens privés pour les maladies infantiles courantes.....	4
V. Facteurs influençant la qualité des soins chez les praticiens privés – Ce n’est pas simple ! .....	7
VI. Pourquoi les praticiens privés sont-ils demandés ? – Même par les pauvres ! .....	8
VII. Qui sont les praticiens privés ? Comment pouvons-nous les atteindre ? .....	8
VIII. Stratégies d’action et leur efficacité – réglementer, motiver, éduquer ou négocier ?	12
<i>Réglementation</i> .....	12
<i>Motivation</i> .....	14
<i>Education/Persuasion</i> .....	14
<i>Négociation</i> .....	16
<i>Approches combinées</i> .....	17
<i>Autres stratégies</i> .....	17
IX. Améliorer les pratiques des praticiens privés – Choisir des « agents du changement » adéquats.....	22
X. Prise en Charge intégrée des Maladies de l’Enfant (PCIME) et praticiens privés ..	23
XI. Existe-t-il un rôle pour les praticiens privés dans la poursuite des buts nationaux de la survie de l’enfant ? – La question n’est pas l’un ou l’autre ! .....	24
XII. Récapitulatif et conclusion.....	26
XIII. Recommandations .....	29

Annexe 1 : Directives pour la réalisation d'une évaluation des praticiens privés, formels et informels, pour la survie de l'enfant .....	32
--	----

Références .....	34
------------------	----

### List des Tableaux

Tableau 1 : Problèmes clés au niveau de la qualité des soins dispensés par des praticiens privés pouvant se répercuter sur la survie de l'enfant .....	5
Tableau 2 : Prise en charge de la pneumonie, de la diarrhée et de la fièvre infantile dans les établissements sanitaires publics avant l'intervention de la formation sur la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (23). .....	6
Tableau 3 : Types de praticiens privés et filières de contact .....	9
Tableau 4 : Récapitulatif des stratégies et des interventions choisies pour influencer les méthodes des praticiens privés .....	18
Tableau 5 : Niveau de test, d'évaluation, d'efficacité, de coût et de généralisation possible des stratégies et interventions visant à influencer les pratiques des praticiens .....	21
Tableau 6 : Comportements cibles des praticiens privés pour la survie de l'enfant .....	24
Méthodes pour collecter les données d'information clés et durée approximative .....	33

---

## Sigles et abréviations

AED	Académie pour le Développement de l'Education
BASICS	Projet de Soutien de Base à l'institutionnalisation de la Survie de l'Enfant (Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project)
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratique
EVC	Examen verbal de Case
INFECSC	Partage d'Information, Feedback, Contrat et Suivi Continu
IRA	Infection respiratoire aiguë
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant
PRACTION	Intervention pour l'Amélioration du Traitement par le Praticien privé (Private Practitioner Treatment Improvement Intervention model)
SARA	Projet Soutien pour l'Analysis et la Recherche en Afrique
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie de réhydratation orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

## Remerciements

La réalisation de cet article a été possible grâce au soutien fourni par le Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable. Les auteurs apprécient la collaboration du Centre d'Information du Projet Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant (BASICS II). Nous tenons également à faire mention de la contribution du Docteur Chandra-Mouli (OMS, Genève), du Docteur Elizabeth Mason (OMS/AFRO), de Madame Mary Ettlting (USAID), de Madame Paula Tavrow (Quality Assurance Project, USAID), de Madame Victoria Marsh (Wellcome Trust, Royaume-Uni), du Docteur Remi Sogunro (BASICS II, USAID), de Madame Kim Cervantes (BASICS II, USAID), du Docteur Mariam Claeson (Banque mondiale), du Docteur Flavia Bustreo (Banque mondiale) et de Madame April Harding (Banque mondiale).

## Avant-propos

Ces 10 dernières années, des progrès importants ont été faits pour réduire la mortalité infantile dans les pays en développement. Les taux de mortalité infantile ont diminué, passant de 97 pour 1 000 naissances vivantes au début des années 80, à 67 pour 1 000 naissances vivantes en 1999. Toutefois, dans les pays en développement – surtout ceux de l’Afrique subsaharienne et de l’Asie du Sud – un grand nombre d’enfants continuent à mourir. D’après les estimations, 10,9 millions d’enfants sont décédés en 2000.

Des stratégies telles que les vaccinations maternelles et infantiles et la Prise en Charge intégrée des Maladies de l’Enfant (PCIME) ont contribué à cette réduction de la mortalité infantile. La stratégie de la PCIME a été mise au point par l’OMS et l’UNICEF en 1996, travaillant conjointement avec plusieurs organisations partenaires. Cinq ans plus tard, elle était appliquée dans plus de 80 pays du monde entier.

De partout, on reconnaît que des efforts accrus sont nécessaires pour étendre à plus grande échelle l’application de ces stratégies efficaces. On reconnaît également de plus en plus que le secteur public à lui seul ne peut pas accomplir ce travail. Le consensus semble être le suivant : les efforts de renforcement des systèmes de santé du secteur public visant à fournir des ensembles médico-sanitaires de base doivent être complétés par des efforts visant à tirer parti de la portée et de l’impact toujours croissants des prestataires de soins de santé dans le secteur privé.

Pratiquement tous les pays du monde comptent toute une gamme de praticiens privés fournissant des services de santé aux enfants et à d’autres segments de la population. Les études indiquent que tant les riches que les pauvres viennent consulter ces praticiens privés. Les études montrent également que les mécanismes garantissant l’échange d’information et la collaboration entre les entités gouvernementales et les praticiens du secteur privé sont précaires, surtout dans les pays en développement, et que ces mécanismes doivent être renforcés. Par conséquent, dans ces pays, il existe une immense ressource guère réglementée, qui n’est pas utilisée aussi efficacement qu’elle pourrait l’être pour renforcer les initiatives nationales de survie de l’enfant.

Ce document d’examen et de discussion du Docteur Youssef Tawfik arrive à point nommé. Il fait ressortir le rôle important que les praticiens privés jouent déjà au niveau de la prestation de services de santé pour les enfants dans un grand nombre de pays et la contribution bien plus importante encore qu’ils pourraient faire. Il présente une synthèse des expériences acquises et des leçons apprises dans le cadre d’initiatives réalisées dans le monde entier pour atteindre les praticiens privés et travailler avec eux en vue d’améliorer et de soutenir la qualité des soins qu’ils apportent. Le document traite des mesures que pourraient prendre les autorités nationales et les organisations internationales pour faire participer et engager activement les praticiens privés en tant que partenaires des initiatives de survie de l’enfant. A l’évidence, c’est un domaine exigeant des recherches et mesures bien plus importantes au niveau des divers pays. Ce document représente un grand pas en avant pour faire avancer les réalisations dans ce domaine.

Docteur Hans Troedsson,  
Directeur,  
Département de la Santé et du Développement de l’Enfant et de l’Adolescent, OMS



---

## Résumé analytique

Des études provenant de diverses parties du monde indiquent que les praticiens privés formels et informels représentent des sources de traitement largement utilisées dans les cas de diarrhée, d'infection respiratoire aiguë et de paludisme, causes cumulatives causant, d'après les estimations, plus de la moitié de la mortalité infantile dans les pays en développement. Généralement, la communauté pense que les praticiens privés sont plus accessibles, plus sensibles aux besoins des clients et davantage prêts à passer du temps avec ces derniers, comparé aux services dispensés dans le secteur public. Toutefois, au vu des nombreux faits soulignant la qualité inférieure de leurs services cliniques, la plupart des politiques sanitaires nationales interdisent la pratique de praticiens non qualifiés et les ignorent dans les programmes nationaux de survie de l'enfant. En effet, les responsables de la santé craignent que la participation de praticiens privés non qualifiés puisse être prise comme une reconnaissance officielle et une incitation à continuer leurs pratiques inadéquates. Il n'est guère facile de les inclure dans les programmes de santé infantile car bien des facteurs complexes viennent influencer leurs pratiques et il n'est pas toujours évident de trouver les voies nécessaires pour les contacter.

Ce document analyse les interventions en vue d'améliorer la prise en charge des maladies infantiles par les praticiens privés. Il conclut en indiquant que la plupart des interventions n'ont été essayées qu'à petite échelle et que très peu ont été documentées ou évaluées de manière adéquate. Cet examen constate que les interventions qui ne traitent que des connaissances des praticiens n'ont guère de chance de réussir. Et pourtant, des interventions réalistes qui se concentrent sur l'amélioration d'un nombre limité de pratiques clés, qui tiennent compte des multiples facteurs influençant les pratiques des praticiens, qui utilisent les entités locales auxquelles font confiance les praticiens ciblés et qui traitent les praticiens comme des « partenaires » de la santé ont bien plus de chance de réussir.

Connaissant la proportion élevée d'enfants malades traités par des praticiens privés formels et informels, souvent de manière guère efficace ou même risquée, il devient inacceptable de continuer à ignorer ces prestataires. Les programmes de santé infantile en général devraient reposer sur les pratiques suivies par la communauté pour la recherche de soins. Lorsqu'on investit dans les programmes de survie de l'enfant, il faut envisager les sources de soins utilisées par les soignants des enfants malades, pas simplement les établissements du secteur public. Les politiques sanitaires nationales doivent donner une place aux interventions qui améliorent la qualité de la pratique des praticiens privés formels et informels. Des tests supplémentaires d'interventions pilotes doivent être effectués pour améliorer l'efficacité de la prise en charge des maladies de l'enfance par les praticiens privés. Les interventions doivent être mises en œuvre en songeant à leur viabilité à long terme et à leur application généralisées. Aussi, ces interventions doivent-elles mobiliser les ressources disponibles localement et éviter, dans la mesure du possible, d'injecter des ressources temporaires. Une évaluation et une documentation adéquates sont nécessaires pour évaluer l'impact des interventions et voir si elles arrivent à changer de manière durable la pratique des praticiens privés. Ce document présente des directives pour la conception de stratégies efficaces qui maximisent la survie de l'enfant en relevant la capacité des prestataires privés à fournir un traitement, des conseils et des orientations-recours efficaces des enfants malades.



## **I. Pourquoi des praticiens privés ? – Les nouveaux habits de l'empereur !**

Des études allant de l'Erythrée, du Kenya, du Nigeria, de l'Ouganda, de l'Inde, du Pakistan, du Bangladesh, du Népal et de l'Indonésie montrent que les gens se tournent souvent vers les praticiens privés pour traiter leurs maladies courantes. En effet, vendeurs de médicaments, pharmaciens, médecins agréés et non agréés, infirmières, sages-femmes et guérisseurs traditionnels constituent, pour le meilleur ou pour le pire, des sources communes de traitement pour des maladies infantiles pouvant être mortelles, surtout la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et le paludisme, causes cumulatives de plus de la moitié de la mortalité infantile dans les pays en développement (1, 5, 6, 7, 12, 30, 33). Une consultation auprès d'un praticien privé formel ou informel, pour des conseils ou pour acheter des médicaments, risque d'être le seul contact entre le soignant d'un enfant malade et le système de santé. Un tel contact, si la qualité des soins est bonne, pourrait être très important pour le dépistage et le traitement d'enfants gravement malades.

Malgré l'utilisation répandue des praticiens privés, les faits montrent que certains praticiens privés qui exercent, tels que les guérisseurs traditionnels et les vendeurs de médicaments, dispensent des services de peu de valeur ou même nuisibles pour la santé. Et pourtant, il est un fait que de tels prestataires sont en demande dans la communauté et traitent un grand nombre d'enfants malades. La proportion de cas de diarrhée infantile soignés par des praticiens privés varie, allant d'un tiers à plus de deux tiers des cas (1). Des résultats analogues indiquent la proportion élevée de cas d'infection respiratoire aiguë et de paludisme soignés par des praticiens privés (2). Aussi, ignorer leur rôle, selon le Docteur Robert Northrup, c'est ignorer l'évidence même, comme dans le conte pour enfants « Les nouveaux habits de l'empereur », où les gens, pris au piège de leur peur de l'autorité, refusent d'admettre une réalité évidente : l'empereur ne portait pas de vêtements !

En dépit du rôle des praticiens privés en tant qu'importants prestataires de soins de santé, les programmes nationaux les ont généralement ignorés. C'est essentiellement dû au fait que les politiques nationales interdisent l'exercice par des prestataires informels et que les Ministères de la Santé manquent généralement d'expérience pour faire participer les praticiens privés à des programmes nationaux de santé. Aussi, les praticiens privés ne sont-ils pas vus comme des « partenaires » pour atteindre les objectifs sanitaires nationaux.

## **II. But et méthodologie de l'analyse**

Ce document cherche à analyser l'information disponible sur le rôle des praticiens privés dans le domaine de la santé infantile et la qualité du traitement qu'ils administrent pour des maladies infantiles graves. Il s'efforce surtout de récapituler les interventions de terrain qui se concentrent sur l'amélioration de la qualité du traitement des maladies infantiles par les praticiens privés afin de justifier ou de demander la participation des praticiens privés formels et informels aux programmes de survie de l'enfant. Le document présente également des directives pour concevoir des stratégies efficaces renforçant au maximum la survie de l'enfant en améliorant la capacité des prestataires privés à traiter, conseiller et aiguiller efficacement les enfants malades.

La méthodologie comporte un examen de la littérature et une recherche en ligne du matériel pertinent publié et inédit. Des interviews ont été réalisées avec plusieurs professionnels qui ont l'expérience d'avoir travaillé avec des praticiens privés aux Etats-Unis et dans les pays en développement sur les questions de qualité des soins.

### **III. Où les soignants des enfants obtiennent-ils les soins pour leurs enfants malades ?**

*The Pathway to Survival* (Le Chemin de la Survie), mis au point par le Projet Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant (BASICS), récapitule les décisions clés prises par le soignant d'un enfant malade et qui peuvent s'avérer décisives pour sauver l'enfant. Premièrement, les soignants doivent reconnaître que l'enfant est malade. Une fois la maladie de l'enfant admise, le soignant se trouve devant un certain nombre de choix : essayer des traitements à domicile ou consulter divers praticiens du secteur public, des ONG et du secteur privé. L'efficacité des soins fournis à la maison et par un praticien de santé peut déterminer la survie d'un enfant.

Le comportement de recherche de soins est un thème de recherche populaire pour lequel existe une littérature croissante. Les chercheurs ont étudié le comportement de recherche de soins séparément pour la diarrhée, l'infection respiratoire aiguë et la fièvre/paludisme. Par exemple, le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales a investi des ressources très importantes pour étudier et comprendre le comportement de recherche de soins pour le paludisme infantile en Afrique (3). Dans les années 80, un effort concentré a été déployé pour étudier la recherche de soins pour la diarrhée, suivi de nombreuses études se penchant sur le comportement de recherche de soins pour les infections respiratoires aiguës dans les années 90 (1, 20). Cette division de la recherche reflète la nature des mécanismes de financement qui, généralement, ont soutenu séparément des programmes verticaux pour la lutte contre le paludisme, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la lutte contre les infections respiratoires aiguës.

Le comportement de recherche de soins pour les maladies infantiles est généralement étudié par le biais d'interviews avec soignants d'enfants qui ont été malades, pendant une période de deux semaines avant l'interview. Un des problèmes au niveau des questionnaires, c'est qu'ils n'identifient pas avec suffisamment de précision les sources de soins de santé à l'extérieur du ménage. Par exemple, la source de soins à l'extérieur du ménage est souvent appelée un « établissement de santé » ou une « structure de santé » sans spécifier s'il s'agit d'un établissement du gouvernement, d'une ONG ou d'une structure privée. De même, la description des soins à domicile manque souvent de détails importants. Par exemple, le terme « auto-traitement » est utilisé fréquemment, mais n'est pas bien défini. Un grand nombre d'études considèrent qu'utiliser des médicaments achetés fait partie de « l'auto-traitement » et, par conséquent, sous-estiment le rôle des pharmaciens, des vendeurs de médicaments et des commerçants. Ce manque de précision fait que « l'auto-traitement » et le rôle des vendeurs de médicaments varient considérablement d'une étude à une autre (2).

Le présent document ne vise pas à faire un examen exhaustif de la littérature sur le comportement de recherche de soins. Toutefois, les résultats suivants, donnés à titre d'exemples, montrent le degré d'utilisation par la communauté des différents types de praticiens privés, formels et informels, pour le traitement des maladies infantiles :

- ◆ Au Nigeria, plus de la moitié soignants d'enfants ne recherchent pas de soins à hors du domicile pour les maladies infantiles. Pour ceux qui le font, les sources de consultation importantes sont les suivantes : hôpital/dispensaire (40%), vendeur de médicaments/pharmacie (33%) et mission/médecin privé (25%) (4).
- ◆ En Ouganda, 60% des soignants sont allés consulter des services de santé pour les cas infantiles de diarrhée et d'infection respiratoire aiguë auprès des sources suivantes : prestataire privé informel (24%), dispensaire ONG (18%) et dispensaire public (18%) (5). Une vaste étude plus récente couvrant 14 000 ménages indique que les sources de soins, hors du domicile, pour les enfants malades en Ouganda, sont les suivantes : dispensaire public et ONG (17%), dispensaire privé et pharmacie (41%) et commerçant (38%) (6).
- ◆ Au Kenya, une étude réalisée dans le district de Kilifi montre que 60% de toutes les fièvres infantiles sont d'abord traitées par l'intervention de commerçants ou marchands (7).
- ◆ En Erythrée, des données sur les achats de médicaments montrent qu'en 1996, environ 2,2 millions de consultations étaient faites auprès de prestataires privés, comparé à 1,8 million pour des établissements publics (8).
- ◆ Au Pakistan, une étude faite dans diverses régions entre 1984 et 1988 montre que 20% à 26% de tous les répondants interviewés à domicile ont indiqué une maladie pendant les deux dernières semaines et les deux tiers d'entre eux se sont rendus dans un dispensaire ou un hôpital privé (9).
- ◆ En Inde, une étude à l'échelle nationale a montré que 93% des enfants avec diarrhée consultant les services de santé étaient traités par des praticiens privés et 7% seulement dans les centres du gouvernement. Ces praticiens privés regroupent divers types, y compris « les médecins du village » non agréés, souvent non formés, pratiquant souvent une certaine forme de médecine de style occidental, les vendeurs de médicaments dans les magasins types épicerie ou dans des magasins spécialisés en médicaments, les praticiens de systèmes formels de médecine autochtone, les guérisseurs traditionnels, les herboristes locaux et les accoucheuses traditionnelles (1, 10).
- ◆ En Indonésie, une enquête initiale auprès des ménages de quatre districts a indiqué que les vendeurs de médicaments étaient la source des soins extérieurs pour 53% des maladies infantiles, les sages-femmes privées (Bidan), 27% et les médecins privés, 6% (11).
- ◆ Une étude faite dans neuf districts du Népal pour identifier les pratiques de traitement pour les problèmes courants dans 900 ménages avec des enfants, a indiqué que le secteur privé (vendeurs de médicaments et praticiens privés) était la source de soins pour la diarrhée et les IRA dans 65% et 60% de cas, respectivement, pour les ménages cherchant des soins à l'extérieur. La fréquentation du secteur public n'était que de 23% et 40% (12).

- ◆ A Myanmar, une étude examinant le comportement de recherche de soins pour les infections respiratoires aiguës a indiqué que les praticiens privés étaient les prestataires préférés dans les zones urbaines (13).

#### **IV. Problèmes au niveau de la qualité des soins fournis par les praticiens privés pour les maladies infantiles courantes**

La qualité des soins obtenus a été étudiée par l'entremise d'enquêtes auprès des ménages, d'interviews à la sortie, de visites simulées aux vendeurs de médicaments (clients mystères) ou de l'observation directe de contacts entre le praticien et le patient. L'interview directe avec les prestataires n'est pas une manière efficace de prendre connaissance des pratiques effectives. En effet, il existe souvent un écart entre ce que disent les répondants et ce qu'ils font véritablement. Une étude faite au Nigeria montre que la plupart des pharmacies au détail et vendeurs/propriétaires de magasins de médicaments disent qu'ils recommanderaient en principe la thérapie de réhydratation orale (TRO) pour la diarrhée, mais de fait, très peu d'entre eux ont effectivement prescrit une forme de TRO (14). Au Pakistan, une étude a montré que des praticiens privés travaillant dans des quartiers pauvres de Karachi possédaient de bonnes connaissances cliniques sur le dépistage et le diagnostic, pour trois des quatre maladies ou affections qu'on leur a présentées. Leur connaissance concernant l'utilisation de médicaments dans des situations particulières était également bonne, mais leur pratique laissait à désirer (15). Cet écart, connu sous le nom de « **Lacune CAP** », entre les connaissances et les pratiques, est particulièrement préoccupant pour le traitement de diarrhées et d'infections respiratoires aiguës simples. Il prouve la complexité de facteurs influençant l'interaction entre les prestataires privés et les soignants (15, 16, 17).

Plusieurs études ont montré que la pratique des prestataires privés est loin d'être acceptable. Par exemple, au Nigeria, la TRO a été recommandée à 7% seulement des enfants souffrant de diarrhée aqueuse emmenés dans les pharmacies privées. De même, au Kazakhstan, une enquête d'achats simulés a indiqué que la plupart des vendeurs de médicaments ne posaient pas suffisamment de questions sur les antécédents et n'étudiaient pas suffisamment la gravité de la maladie. Les sels de réhydratation orale (SRO) n'ont été recommandés que dans 13% des épisodes diarrhéiques. Les antibiotiques étaient mal utilisés et peu d'explication était donnée au soignant sur la manière d'administrer les médicaments (14, 18).

Les paragraphes qui suivent récapitulent les problèmes importants qui sont jugés être des occasions ratées de prévenir la mortalité infantile. Ils se rapportent essentiellement à un traitement inefficace, administré par des praticiens privés pour la diarrhée infantile, les infections respiratoires aiguës et le paludisme.

**Diarrhée :** Il existe un grand nombre de praticiens privés traitant les cas diarrhéiques de manière inadéquate ou peu souhaitable. Les produits SRO figurent parmi les derniers traitements proposés alors que divers types de médicaments peu utiles, dont les antibiotiques, sont recommandés. Les praticiens privés donnent rarement des conseils sur l'alimentation pendant l'épisode diarrhéique. L'évaluation se limite essentiellement aux principales plaintes du soignant (19). De même, l'examen physique est rarement fait. Les vendeurs de

médicaments pensent que leur rôle au niveau du traitement de la diarrhée est de fournir un médicament. Celui qui achète le médicament doit savoir comment l'utiliser. Peu de vendeurs de médicaments font l'effort de demander si le soignant a noté la présence de sang dans les selles (1, 14).

**Infection respiratoire aiguë :** En général, la qualité des soins fournis par des praticiens privés pour l'infection respiratoire aiguë chez les enfants n'est guère bonne, s'écartant nettement du traitement standard. Les sirops pour la toux et les antibiotiques sont utilisés de manière excessive. Aucun conseil n'est donné pour l'alimentation pendant et après la maladie ou alors, les conseils ne sont pas adéquats. Aucun conseil n'est donné aux soignants sur les signes qui indiquent que l'état de l'enfant s'aggrave ou sur la nécessité de revenir pour des soins médicaux. Une évaluation récente des pratiques de prise en charge de cas par les praticiens privés a montré que ces presque tous négligeaient de noter la fréquence respiratoire et d'observer le tirage sous-costal, deux facteurs essentiels pour diagnostiquer la pneumonie. Des antibiotiques inefficaces étaient prescrits fréquemment (20, 21). Il est important de noter que certains de ces problèmes au niveau de la qualité des soins pour l'infection respiratoire aiguë des enfants existent également chez les prestataires du secteur public (20).

**Paludisme :** L'achat de médicaments antipaludéens et antipyrétiques pouvant être obtenus sans ordonnance a été noté par de nombreuses études comme l'action la plus courante que prennent les soignants des enfants quand ils craignent que l'enfant souffre de paludisme. Les faits montrent que les vendeurs de médicaments, souvent, ne connaissent pas la dose correcte d'antipaludéens et que les prestataires privés examinent rarement les enfants pour vérifier s'il existe d'autres causes de la fièvre, outre le paludisme (2).

Le Tableau 1 récapitule les problèmes clés au niveau de la qualité des soins dispensés par les praticiens privés pour la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et le paludisme, pouvant se répercuter sur la survie de l'enfant.

**Tableau 1 : Problèmes clés au niveau de la qualité des soins dispensés par des praticiens privés pouvant se répercuter sur la survie de l'enfant**

Diarrhée	Infection respiratoire aiguë	Paludisme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La TRO est rarement recommandée</li> <li>• Pas de conseils sur l'alimentation</li> <li>• Pas de question sur la présence de sang dans les selles ou la durée de la diarrhée</li> <li>• Le pincement de la peau pour vérifier la déshydratation n'est pas pratiqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les respirations par minute ne sont pas comptées</li> <li>• L'antibiotique de première intention n'est pas administré dans la dose correcte pour les cas de pneumonie</li> <li>• Pas de conseils sur l'alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose inadéquate/incorrecte d'antipaludéens</li> <li>• Pas de vérification d'autres causes de la fièvre</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de conseils sur les signes de danger exigeant une attention médicale urgente</li> </ul>		

Les lacunes notées dans la qualité des soins fournis aux enfants malades par les praticiens privés font ressortir les préoccupations soulevées par certains auteurs qui ont décrit les praticiens privés comme exerçant une influence nuisible sur les soins de santé primaires (22). Par la suite, des responsables des Ministères de la Santé utilisent ces faits pour exclure les praticiens privés des programmes nationaux partant du principe que la bonne intervention consiste à aiguiller la communauté vers des sources « adéquates », essentiellement les centres publics. L'argument ne tient pas. Il a deux grande failles. Premièrement, il ignore la réalité, à savoir que les soignants consultent le plus souvent les praticiens privés. Par conséquent, vu la proportion élevée d'enfants malades traités par des praticiens privés, souvent de manière peu efficace ou avec des risques, il n'est plus défendable d'un point de vue moral de continuer à ignorer les praticiens privés dans les programmes nationaux. Deuxièmement, cela laisse à entendre que les soins pour les maladies infantiles prodigués dans les établissements publics sont de qualité supérieure, ce qui souvent n'est pas le cas. Le Tableau 2 montre que, dans des établissements publics de pays africains choisis, si la TRO était recommandée relativement souvent pour la diarrhée infantile, le pincement de peau par contre pour vérifier la présence de la déshydratation n'était pas effectué régulièrement et le compte de la fréquence respiratoire pour les enfants présentant une infection respiratoire aiguë était rarement effectué (23).

**Tableau 2 : Prise en charge de la pneumonie, de la diarrhée et de la fièvre infantile dans les établissements sanitaires publics avant l'intervention de la formation sur la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (23).**

Pays	Date de l'enquête	Compter les respirations par minute pour les enfants avec IRA	Pincement de la peau pour le dépistage de la déshydratation chez les enfants avec diarrhée	TRO donnée/recommandée pour la diarrhée	Chloroquine donnée pour la fièvre (paludisme)
		n (% oui)	n (% oui)	n (% oui)	n (% oui)
Bénin	7/98	48 (6)	61 (39)		
Erythrée	7/95	102 (4)	127 (40)	72 (77)	12 (91)
Ethiopie	11/98	5 (0)	14 (57)	6 (83)	13 (92)
Ghana	8/98	42 (0)	67 (7)	26 (26)	156 (75)
Madagascar	4/96	266 (1)	67 (47)	44 (79)	36 (97)
Niger	1/95	84 (13)	44 (34)		
Sénégal	6/96	63 (5)		42 (88)	63 (89)
Togo	9/97	51 (12)	14 (50)	14 (57)	75 (77)
Zambie	3/96	291 (10)	123 (40)	123 (76)	68 (50)

Source : BASICS, Enquête d'Evaluation des Formations sanitaires – Données inédites.

## **V. Facteurs influençant la qualité des soins chez les praticiens privés – Ce n'est pas simple !**

Pour concevoir des interventions efficaces améliorant la qualité des services fournis par les praticiens privés, il est nécessaire de bien comprendre les facteurs qui influencent leur comportement. En effet, des interventions qui tiennent compte des besoins, motivations et attentes des prestataires, des patients et de leur communauté, pris dans les contextes dans lesquels ils vivent et travaillent, sont plus susceptibles d'être efficaces que celles qui cherchent uniquement à augmenter la connaissance et les compétences des prestataires (24).

Le traitement recommandé par des praticiens privés est influencé par quatre grands facteurs : leurs connaissances et compétences cliniques, les attentes des clients, les marges bénéficiaires et la promotion des sociétés pharmaceutiques. En ce qui concerne les connaissances, il existe un grand nombre de praticiens sans autorisation d'exercer qui n'ont aucune formation médicale et, par conséquent, il n'existe pas de base de laquelle on pourrait partir pour renforcer leurs pratiques. Aussi, des sources d'information peu fiables ou biaisées deviennent-elles la base des traitements. Vient s'ajouter à cela le manque de mise à jour sur les progrès techniques récents, surtout parmi les praticiens qui ont fait leurs études depuis un certain temps (25). Certes, ces problèmes affectent les prestataires tant du secteur public que privé, mais c'est surtout dans le privé qu'ils risquent d'être isolés, de travailler tout seul et d'être moins exposés à l'information scientifique actuelle. Un grand nombre de praticiens privés n'ont guère d'incitations à orienter leur comportement vers une bonne pratique. Les représentants des sociétés pharmaceutiques peuvent influencer les pratiques d'ordonnance des praticiens privés par le biais d'échantillons de médicaments gratuits et de documents bien préparés (26, 27).

Les attentes des clients sont au titre de facteurs les plus percutants et pourtant, les plus subtils influençant la qualité des soins fournis par des praticiens privés, surtout en ce qui concerne l'utilisation excessive de médicaments et d'injections. En effet, les praticiens réalisent que les clients peu satisfaits peuvent choisir de se rendre ailleurs et de prendre un autre prestataire. La pression exercée par le client, qu'elle soit réelle ou perçue, agit de concert avec les expériences précédentes des prestataires, avec ce qu'ils pensent être les attentes de la famille des patients et avec leur souci de maintenir une bonne réputation professionnelle et sociale de bons praticiens (25).

Les praticiens qui travaillent dans des contextes tant publics que privés ont souvent des comportements différents en fonction du secteur dans lequel ils travaillent. Les praticiens qui prescrivent les SRO pour la diarrhée dans le cadre de leur travail dans le secteur public pourraient bien prescrire des antibiotiques dans le cabinet privé dans lequel ils exercent à temps partiel. Ces comportements pourraient être attribués partiellement aux attentes des clients, telles que perçues par le praticien, ainsi qu'aux faibles marges bénéficiaires sur les SRO (1).

## **VI. Pourquoi les praticiens privés sont-ils demandés ? – Même par les pauvres !**

Malgré les lacunes bien connues de la qualité technique des soins dispensés par des praticiens privés, la communauté a une opinion favorable de leurs services. Les familles signalent que les praticiens privés passent généralement plus de temps avec elles que les médecins du secteur public. Les prestataires du secteur privé seraient plus sensibles aux besoins des patients, plus accessibles et avec des horaires de travail plus pratiques (28, 29). Dans les zones rurales de l'Inde, par exemple, les « médecins » des villages se trouvent à quelques pas et sont presque toujours disponibles (1). La communauté semble trouver que le coût des services fournis par les praticiens privés est acceptable. Même les pauvres des taudis dans les zones urbaines du Bangladesh se rendent auprès de vendeurs de médicaments. Les clients semblent apprécier le fait que les vendeurs de médicaments ne sont pas payés pour la consultation, uniquement pour les médicaments achetés (30).

Dans certaines régions, la difficulté d'accès aux établissements publics pourrait expliquer la forte utilisation des prestataires privés. Par exemple, 30% seulement de la population au Niger vit dans un rayon de cinq kilomètres d'un établissement du gouvernement. Toutefois, la sous-utilisation des établissements publics n'est pas simplement une question d'accès. Une étude faite sur les cas mortels de pneumonie en Indonésie constate que 80% des foyers où des enfants sont décédés se situaient dans un rayon de deux kilomètres d'un poste de santé public, mais 42% des enfants avaient été emmenés seulement chez un guérisseur traditionnel avant leur décès (11).

## **VII. Qui sont les praticiens privés ? Comment pouvons-nous les atteindre ?**

Les praticiens privés constituent un groupe hétérogène de prestataires de services de santé. Les stratégies pour améliorer la qualité des soins chez les praticiens privés doivent être adaptées aux différents types de praticiens, allant de médecins certifiés, d'infirmières et de pharmaciens agréés à des vendeurs de médicaments et des guérisseurs traditionnels sans autorisation d'exercer. Les praticiens privés formels sont accessibles par l'entremise de leurs associations professionnelles, à savoir un syndicat médical. Par contre, les praticiens informels sont plus difficiles à atteindre. Les interventions doivent cibler le niveau d'éducation du praticien privé et doivent être réalisées par le biais de canaux adéquats. Le Tableau 3 présente une liste des types de praticiens privés, formels et informels, ainsi que les canaux possibles pour les contacter.

**Tableau 3 : Types de praticiens privés et filières de contact**

Type	Filière possible de contact
<b>Prestataires privés formels</b>	
Médecins du secteur public (qui ont un cabinet)	Emplois du secteur public Associations professionnelles Visites aux cabinets privés (promotionnelles)
Médecins privés à temps plein - ambulatoire à temps plein - travaillant à l'hôpital	Associations professionnelles Visites promotionnelles Formation en hôpital Publications professionnelles
Médecins ONG/mission	Cours à l'hôpital ou dans des associations Visites promotionnelles
Infirmières, aides-infirmières et sages-femmes	Emplois du secteur public Associations professionnelles
Pharmaciens	Fabricants de médicaments Force de vente des distributeurs Association professionnelle
<b>Prestataires privés informels</b>	
Vendeurs de médicaments, commerçants	Fabricants de médicaments Force de vente des distributeurs
Médecins non certifiés	Fournisseurs de médicaments
Praticiens de médecine non-occidentale	Associations professionnelles Visites promotionnelles
Guérisseurs traditionnels	Généralement, aucun filière directe établie A l'occasion, associations professionnelles

Adapté de Northrup, PRITECH, Reaching the Private Practitioners, 1993.

**Médecins :** Dans un grand nombre de pays en développement, les médecins du secteur public sont également des praticiens privés. Les médecins travaillant pour le gouvernement ont souvent un cabinet privé où ils travaillent le soir pour compléter leur faible salaire du secteur public. Ces médecins peuvent être contactés le matin dans leur travail du secteur public et le soir, dans leur cabinet privé. Il est intéressant de noter que la pratique du médecin peut être différente en passant du lieu public au cabinet privé, suivant la disponibilité de l'espace, de l'équipement et des médicaments dans les deux contextes (1).

Dans certains pays, un grand nombre de médecins n'ont que des cabinets privés ouverts toute la journée et le soir. Parfois, ils utilisent les locaux de l'hôpital ou exercent à l'hôpital et, dans d'autres cas, ils ont un cabinet séparé. L'hôpital présente des possibilités pour les médecins leur permettant de mettre à jour leurs connaissances par le biais de formations ou

présentations, alors que la seule manière d'entrer en contact avec tous les praticiens dans des cabinets privés se fait par le biais de visites promotionnelles et d'associations professionnelles.

Les médecins travaillant pour des missions religieuses en Afrique ou d'autres organisations non gouvernementales, sont analogues aux médecins du milieu hospitalier puisqu'ils utilisent généralement la base d'un établissement de santé. Dans certains pays (par exemple, la Zambie), des organisations non gouvernementales, y compris les missions, se sont également alliées en des associations qui pourraient représenter un moyen d'entrer en contact avec les médecins membres (27).

**Infirmières et sages-femmes :** Souvent, les infirmières et infirmières/sages-femmes travaillent dans des formations sanitaires comme employées pendant la journée, puis exercent à titre privé le soir. Les infirmières qui ont pris leur retraite du service public ouvrent parfois des pratiques privées. L'accès aux infirmières et sages-femmes, à l'instar des médecins privés, pourrait transiter par les associations professionnelles, leur travail pour les institutions publiques et par le biais des visites promotionnelles (1).

**Pharmaciens et autres vendeurs de médicaments :** Les vendeurs de médicaments, dont les gérants de pharmacies, les préparateurs en pharmacie, les vendeurs de médicaments non agréés et les commerçants en général qui vendent des médicaments représentent une source très importante de soins pour les maladies infantiles courantes dans la plupart des pays. Le fait que la plupart des médicaments modernes, dont les antidiarrhéiques, les sirops pour la toux, les antibiotiques, les antipaludéens et les antipyrétiques, sont vendus sans ordonnance dans la plupart des pays en développement et le fait que les vendeurs de médicaments ne font pas payer pour la consultation rendent leurs services particulièrement attirants aux yeux de la communauté.

Les pharmaciens peuvent être contactés par le biais de leurs associations professionnelles. Par contre, les vendeurs de médicaments informels, qui n'appartiennent pas à des associations professionnelles et qui ne sont pas enregistrés auprès des autorités locales, sont bien plus difficiles à atteindre. Par exemple, dans l'état de Kano, au Nigeria, seuls 15% des vendeurs de médicaments ont une existence officielle auprès du gouvernement fédéral (31). Les mécanismes de distribution des médicaments sont des canaux importants pour entrer en contact avec les commerçants et les vendeurs de médicaments, bien que ces mécanismes varient grandement. Les praticiens des zones rurales en Inde achètent des médicaments auprès de fournisseurs de médicaments et de pharmaciens dans les villes voisines (32). Au Kenya, des distributeurs intermédiaires, notamment les vendeurs mobiles, achètent les médicaments auprès de grossistes et les revendent aux commerçants des zones rurales (33).

Bien que l'on pense en général que les vendeurs de médicaments sont uniquement attirés vers les zones urbaines, ils fournissent également des services dans les zones rurales. Une étude faite en Erythrée a montré que les vendeurs de médicaments représentent la principale source de médicaments dans les zones rurales (16).

On consulte les vendeurs de médicaments pour des maladies infantiles courantes, telles que la diarrhée, l'infection respiratoire aiguë et le paludisme. Les soignants n'emmènent pas toujours l'enfant malade pour la consultation et, par conséquent, le vendeur de médicaments

n'a pas forcément l'occasion d'examiner l'enfant malade. Dans ce cas, un interrogatoire est la seule manière de classer la maladie de l'enfant et d'identifier un traitement.

**Praticiens non certifiés :** Ces praticiens exercent la médecine moderne et constituent une proportion importante des prestataires de soins dans les zones rurales de l'Inde et dans d'autres pays. Un grand nombre n'ont pas de formation clinique formelle ou n'ont pas réussi les examens de qualification, alors que d'autres n'ont bénéficié que d'un apprentissage auprès d'autres praticiens non certifiés. Il est possible d'entrer en contact avec ce groupe de praticiens par le biais des canaux de distribution de médicaments ou des visites promotionnelles dans les endroits où ils exercent.

**Praticiens parallèles certifiés :** Les médecins de la médecine traditionnelle ou non occidentale sont certifiés dans certains pays. En Inde, les médecins Ayurvedic sont certifiés de la même manière que les médecins occidentaux. Les Hakims au Pakistan reçoivent une formation formelle et sont certifiés de la même manière. Ces praticiens peuvent appartenir à des associations professionnelles et peuvent être abordés par le biais de ce canal ou alors, la seule voie directe est de leur rendre visite dans leurs cabinets.

**Guérisseurs traditionnels :** Ces prestataires se livrent à toute une gamme d'activités. Certains pratiquent une pure médecine traditionnelle, tel que certains guérisseurs africains. D'autres mélangent les approches modernes et traditionnelles pour satisfaire leurs clients. Les guérisseurs traditionnels comme groupe sont probablement les plus difficiles à atteindre car ils appartiennent rarement à des associations organisées et risquent de ne pas faire partie du réseau de distribution des médicaments. Les guérisseurs qui utilisent des remèdes préparés localement à partir d'herbes ne peuvent pas être atteints par le biais des canaux commerciaux.

Tous les praticiens privés font partie de la population en général. Par conséquent, les mass media ou autres communications visant le grand public les atteindront également. En outre, il est possible d'utiliser le courrier dans certains pays pour contacter certaines catégories de praticiens si les personnes peuvent être identifiées (1, 34).

Il n'est pas toujours facile de trouver et de contacter la palette entière de praticiens privés dans une communauté donnée. Dans une zone urbaine au Nigeria, la manière la plus pratique de trouver les praticiens privés consistait à faire un « inventaire », marchant dans les rues de la communauté pour faire une liste de tous les praticiens qui avaient des pancartes affichant leurs services (36). Une autre approche consiste à demander aux mères de la communauté de nommer et de situer les praticiens qu'elles connaissent et utilisent pour leurs enfants malades. Une telle enquête peut également fournir les données quantitatives nécessaires pour classer par ordre prioritaire les types de praticiens selon le volume d'utilisation de leurs services par la communauté (45).

Cette analyse montre que les filières pour contacter les différents types de praticiens privés varient grandement en fonction du type de praticien, du lieu où il exerce (zone urbaine ou rurale) et des moyens de contact offerts par chaque site particulier. Par conséquent, avant de réaliser une intervention pour améliorer la qualité de la pratique des praticiens privés, il faut identifier et évaluer les filières pour contacter les praticiens ciblés. Ensuite, on peut choisir les stratégies les plus efficaces pour entrer en contact avec eux.

## VIII. Stratégies d'action et leur efficacité – réglementer, motiver, éduquer ou négocier ?

Connaissant les pratiques de qualité inférieure et, parfois, nuisibles des praticiens privés, il est absolument nécessaire de se donner des stratégies réussies pour améliorer l'efficacité de la prise en charge des maladies de l'enfance effectuée par les praticiens privés. Lors d'une Conférence internationale l'Amélioration de l'Usage des Médicaments en Thaïlande, en avril 1997, le Professeur Mark Nichter, de l'Université de l'Arizona, a vivement recommandé aux participants d'adopter la « politique du possible », soulignant l'importance de trouver des interventions pratiques qui sont sensibles aux facteurs complexes influençant l'interaction entre les praticiens et leurs clients.

Le Docteur Robert Northrup, dans son document *Reaching the Private Practitioners (1)*, souligne l'importance de se donner une stratégie réaliste axée sur l'amélioration des pratiques clés qui peuvent sauver la vie des enfants plutôt que de viser un ensemble de traitements « parfait ».

La recherche du parfait ne doit pas éclipser l'acceptable. Si les programmes décident de présenter un ensemble complet de méthodes idéales de traitement pour le promouvoir, les praticiens risquent lever les mains en signe d'abandon. A l'instar de toute campagne de marketing, le programme doit planifier un ensemble limité de pratiques qui ont le plus de chance d'être adoptées de manière réussie.

Il existe une littérature très limitée décrivant des interventions pour améliorer les pratiques des praticiens privés et leur efficacité. Les quelques interventions auxquelles on peut se référer peuvent être classées en cinq stratégies : réglementation, motivation, éducation/persuasion, négociation et divers.

### *Réglementation*

Le présent examen a cerné deux grands types d'approches réglementaires : d'abord, celles qui comprennent des instructions ou lois visant à limiter la disponibilité de médicaments nuisibles ou souvent mal utilisés et ensuite, celles qui réglementent la pratique des praticiens privés.

**Réglementations pour limiter la disponibilité de médicaments nuisibles ou souvent mal utilisés :** Dans un grand nombre de pays en développement, les réglementations afférentes aux médicaments interdisent la vente d'antibiotiques sans ordonnance et interdisent l'utilisation de médicaments non inscrits au registre. Il existe un fameux exemple de ce type d'approche réglementaire au Pakistan en 1990, quand le Conseil d'Autorisation des Médicaments du Ministère fédéral de la Santé a interdit toutes les formulations pédiatriques de médicaments antimotilité suite aux décès de plusieurs enfants résultant d'un iléus paralytique provoqué par des gouttes de « lopéramide » – cette marque de médicament antimotilité est utilisée couramment pour la diarrhée. La recherche ultérieure a montré que l'incidence d'iléus paralytique chez les enfants souffrant de diarrhée aiguë avait diminué, mais que des cas continuaient à être notés. Une enquête à petite échelle faite en 1993 pour évaluer l'efficacité de l'intervention réglementaire a prouvé que, même si les produits radiés du registre avaient été retirés du marché dans la majorité des points de vente au détail, des

importations et des ventes illégales de médicaments pédiatriques antimotilité continuaient. Les résultats ont également indiqué que, sur l'ensemble du pays, les médicaments radiés du registre étaient remplacés par d'autres traitements irrationnels dont des antibiotiques (37).

En radiant de la liste des médicaments autorisés ceux qui sont nuisibles, on crée une pénurie des médicaments ciblés qui fait indirectement augmenter la demande encourageant ainsi les ventes illégales et la contrebande. Les consommateurs seront prêts à payer des prix très élevés pour acheter des médicaments familiers. Prenons l'exemple de l'Indonésie, où un fabricant a retiré, en 1985, un médicament populaire contre la diarrhée contenant du clioquinol, mais les imitations de haute qualité ont continué à approvisionner le marché (38). Quand un médicament est interdit ou retiré, ceux qui le prescrivent et les patients qui l'utilisent cherchent des produits de remplacement. Les formulations en gouttes peuvent être remplacées par des sirops, les médicaments antimotilité par des adsorbants ou antimicrobiens et les formules pour adultes peuvent remplacer les formules pédiatriques. De tels produits de substitution peuvent être tout aussi dangereux, voire plus dangereux que le médicament original. De plus, les sociétés privées cherchent à contourner les réglementations gouvernementales en donnant un nouveau nom aux nouvelles formulations de médicaments interdits. Les autorités réglementant les médicaments aux Philippines ont permis la reformulation d'un produit antidiarrhéique appelé « guanamycin », contenant un agent antimicrobien pour devenir la « new guanamycin », contenant uniquement de l'attapulgite. De même, le médicament antidiarrhéique bien connu en Indonésie, « diatabs », contenant du clioquinol, du phthalylsulfathiazol, de la papaverine, du kaoline et diverses vitamines a été reformulé sous le nom de « new diatabs », contenant uniquement de l'attapulgite (39).

**Réglementation de la pratique des praticiens privés :** Les politiques nationales d'un grand nombre de pays en développement interdisent aux praticiens non agréés ou « non qualifiés » d'exercer. En Inde, la Loi de Bombay sur les Soins infirmiers, adoptée en 1949, interdit aux infirmières non enregistrées d'exercer. Toutefois, cette réglementation n'est pas appliquée par les responsables de la santé et non respectée par le public. Une cour supérieure de justice traitant un cas de négligence médicale a remarqué que l'application de la Loi à Bombay n'est guère satisfaisante puisque des infirmières non agréées continuent d'exercer leur métier (40).

Souvent, les responsables sanitaires ne disposent pas du personnel qualifié et/ou des fonds nécessaires pour faire appliquer les réglementations régissant l'exercice privé de la médecine, surtout en ce qui concerne les prestataires informels dans les zones reculées. Il ne semble guère réaliste de penser que les responsables publics de la santé arrivent à contrôler le comportement d'un médecin de village dans une zone rurale reculée ou d'un vendeur de médicaments dans une ville surpeuplée. L'application des lois régissant les praticiens privés ne relève pas d'une priorité car les demandes auprès des systèmes publics de santé sont élevées et les praticiens privés répandus partout dans le pays. Cela pourrait être dû partiellement à la reconnaissance tacite que les établissements publics et ceux du secteur privé agréé et formel n'arrivent pas à répondre à la demande de soins.

On voit apparaître dans les pays en développement, une procédure de certification des établissements sanitaires pour améliorer la qualité des soins. Cette procédure pourrait bien améliorer l'exercice de la médecine dans les hôpitaux et dispensaires privés appartenant à un réseau, mais elle n'aura guère d'effet sur la qualité des soins fournis par la plupart des

centres autonomes ou praticiens indépendants ou encore des vendeurs de médicaments exerçant à domicile ou dans des boutiques indépendantes (29).

### *Motivation*

Contrairement aux stratégies de réglementation qui cherchent à contrôler le comportement des praticiens privés, la stratégie de motivation essaye de fournir des incitations aux praticiens privés pour qu'il devienne avantageux pour eux d'exercer de la manière souhaitée. L'expérience reste limitée pour ce qui est de l'utilisation des incitations poussant à la modification du comportement des prestataires. Jusqu'à présent, peu d'évaluation systématique a été faite de l'impact de telles stratégies.

En Malaisie, le Ministère de la Santé a encouragé les vaccinations contre l'hépatite B pour les enfants de moins d'un an en fournissant le vaccin à un taux fixé et subventionné aux praticiens privés et en leur permettant de demander un paiement assurant un bénéfice (28). Au Pakistan, le gouvernement exonère d'impôts les praticiens privés qui ouvrent des cabinets dans les zones rurales (9).

L'apport d'incitations financières aux praticiens demande des ressources qui sont difficiles à mobiliser dans les pays en développement. Néanmoins, si la maximisation des bénéfices est vue comme une incitation importante déterminant le comportement de vente des pharmacies au détail, et si la le changement de comportement demandé entraîne une perte importante, alors il est probablement justifié de fournir des incitations financières aux praticiens privés par le biais de produits subventionnés (41).

D'autres formes d'incitations ont été utilisées pour motiver les praticiens privés afin qu'ils adhèrent à des normes de qualité. Au Kenya, des certificats ont été remis aux commerçants faisant preuve de certaines compétences acquises grâce à une formation (7, 33). Le modèle d'Intervention pour l'Amélioration du Traitement par le Praticien privé (PRACTION), décrit ci-après, a été appliqué en Inde : les bonnes pratiques ont fait l'objet d'une « publicité » auprès des mères, faisant qu'il était difficile pour le prestataire d'exercer de manière différente. De plus, des données ont été collectées au niveau ménage sur la qualité des soins des praticiens privés et les résultats ont été présentés à ces derniers. Aussi, les praticiens privés étaient-ils incités à adhérer aux pratiques correctes car ils pensaient qu'ils étaient suivis (34).

### *Education/Persuasion*

L'amélioration des connaissances des praticiens est une stratégie utilisée couramment pour améliorer le comportement de prise en charge des cas de maladie. Il existe diverses initiatives d'éducation des praticiens : diffusion de directives cliniques ; séances de formation ; réunions en petits groupes et promotion face-à-face. Là aussi, il existe peu d'évaluations systématiques de l'impact de telles interventions sur les pratiques effectives des prestataires privés (24, 26, 44).

Suite à la « lacune CAP » observée et mentionnée auparavant, les interventions qui se fondent uniquement sur l'amélioration des connaissances des praticiens privés n'arriveront probablement pas à changer leurs méthodes. La formation dispensée selon le modèle traditionnel consistant à transmettre simplement une information aux praticiens est plus

facile à exécuter et moins chère, comparativement, que d'autres interventions. Une telle formation est souvent peu évaluée et, quand elle fait l'objet d'une évaluation, elle se concentre généralement sur le changement du niveau de connaissance des participants à la fin de la formation. Un examen important des études faites sur le changement de comportement des médecins de soins primaires dans les pays en développement indique pourtant que cette stratégie n'est guère efficace et n'arrive pas à influencer les méthodes efficaces des praticiens (26). Par contre, quand la formation revêt un caractère pratique, axée sur des méthodes fondamentales et complétée par des outils simples, il existe une bien meilleure probabilité d'arriver à un impact positif.

Lors d'une formation récente des commerçants au Kenya, des grossistes ont formé des commerçants (formation vendeur à vendeur) utilisant des affiches bien préparées avec scénarios de cas spécifiques se concentrant sur le paludisme. L'intervention comptait notamment une orientation de trois heures pour les grossistes, une formation d'une journée pour les commerçants et des affiches avec des scénarios de cas remises aux commerçants. L'intervention a permis d'améliorer nettement les connaissances sur le traitement antipaludéen correct, a renforcé la capacité de donner des conseils adéquats pour les enfants malades dont l'état ne s'améliore pas et de prescrire la dose correcte de médicaments antipaludéens, tel que vérifié par les « clients mystères » (33).

Une autre intervention de formation a été mise à l'essai dans le district de Kilifi, au Kenya, de 1998 à 2000. Deux cents commerçants servant une population de 70 000 personnes ont été formés en groupes de 15 à 20 personnes dans le cadre d'ateliers participatifs de quatre jours axés sur l'acquisition des compétences. La formation visait à améliorer le traitement du paludisme et les compétences de communication. Les formateurs étaient recrutés parmi des agents de santé communautaires du gouvernement et agents communautaires de santé ou de développement. Ils ont reçu des indemnités alors que les commerçants qui avaient acquis les compétences adéquates après la formation ont reçu un certificat de compétence mais pas d'indemnités. Des ateliers de recyclage étaient organisés tous les ans. Les résultats ont montré que la proportion d'utilisation correcte d'antipaludéens achetés auprès des commerçants ciblés a augmenté, passant de 9% à 34% après une année de formation, puis à 50% après deux ans (7).

Dans la ville de Kano, au Nigeria, une initiative a été prise de former des vendeurs de spécialités pharmaceutiques, source importante de consultation pour la diarrhée infantile. La formation concernait un nombre très limité de vendeurs sans évaluation de l'impact (31). Dans le cadre d'une autre étude réalisée auparavant dans les zones rurales du Nigeria, les vendeurs de spécialités pharmaceutiques ont suivi une séance de deux heures pendant huit semaines portant sur la reconnaissance et le traitement du paludisme, de la dracunculose, des maladies sexuellement transmissibles, des infections respiratoires et de la malnutrition. Le groupe formé a eu de meilleurs résultats au post-test que le groupe témoin. Et pourtant, aucune évaluation n'a été faite de l'impact de la formation sur les pratiques efficaces du groupe formé (42).

La formation des guérisseurs traditionnels (berbolarios) dans les zones rurales des Philippines, où plus de la moitié des villageois se rendaient en premier lieu chez les guérisseurs traditionnels, reposait sur des exposés, des discussions, des démonstrations et un examen pratique de cas. Les résultats ont indiqué une augmentation de l'acquisition de compétences et pourtant, aucune évaluation n'a été faite de l'impact sur les pratiques efficaces (43).

La persuasion est définie comme un effort intentionnel et fructueux d'influencer les attitudes par le biais de la communication dans un contexte où le public ciblé compte une certaine liberté d'agir (26). La persuasion réussie est relativement complexe car elle demande une évaluation attentive des comportements du moment et des facteurs sous-jacents à ces comportements. Elle demande également de multiples approches, des messages en profondeur, du matériel imprimé et des programmes de formation pour s'attaquer aux facteurs responsables.

Les démarches des représentants ou visites promotionnelles sont une technique de persuasion réussie utilisée par les sociétés pharmaceutiques pour encourager les médecins à prescrire certaines marques de médicaments. Les sociétés pharmaceutiques réalisent que les visites promotionnelles, face-à-face, sont importantes pour vendre leurs produits. Dans certains pays en développement, le ratio des représentants de sociétés pharmaceutiques aux médecins a atteint un pour trois (27). Aux Etats-Unis, une étude a montré que les visites promotionnelles peuvent être utilisées pour promouvoir les pratiques rationnelles d'ordonnance. Suite à une intervention de visites promotionnelles, les dépenses pour les médicaments ciblés prescrits par ces médecins ont diminué de 13% (26). L'intervention a été adaptée et mise en œuvre en Indonésie et au Kenya pour améliorer les pratiques se rapportant aux maladies diarrhéiques. Des visites aux praticiens ciblés ont été réalisées en utilisant des faits scientifiques venant soutenir la prescription de sels de réhydratation orale et l'abandon de médicaments antidiarrhéiques. Une évaluation a montré que les pratiques ciblées au niveau des ordonnances avaient effectivement été adoptées. (44). Toutefois, le coût des visites à chaque praticien soulève des questions quant à la faisabilité de la démarche « promotionnelle » pour arriver à une amélioration à grande échelle des modalités de traitement par les praticiens privés dans les pays en développement.

### *Négociation*

Le PRACTION est une approche à multiples volets qui souligne la négociation avec les praticiens privés comme « partenaires à part égale » et combine un certain nombre d'interventions pour améliorer l'efficacité de leur traitement pour des affections infantiles. Elle a été essayée en Inde, en Indonésie et au Pakistan en appliquant deux méthodologies : premièrement, un Examen verbal de Cas (EVC) réalisé au niveau des ménages pour réunir des données essentielles permettant de documenter avec certitude le type de praticiens que consulte effectivement la communauté et pour évaluer les problèmes particuliers au niveau de la qualité du traitement des maladies infantiles ; deuxièmement, partage d'Information, Feed-back, Contrat et Suivi Continu (INFECS), qui est un processus d'interaction entre une entité communautaire choisie et les praticiens privés. L'approche est de nature constructive et repose sur le partage d'information concernant des directives standard et un feed-back sur les résultats de l'EVC. Ensuite, on négocie un « contrat » conclu avec des praticiens privés afin qu'ils adoptent les comportements cibles établis par consensus. Un suivi continu est fait du comportement des praticiens grâce à un contact continu entre l'entité communautaire choisie et les praticiens privés et des EVC répétés, suivis d'un feed-back aux praticiens concernés (34, 35, 45).

L'intervention doit aboutir à une amélioration continue et durable du traitement des maladies infantiles par les praticiens privés, notamment la diarrhée, l'infection respiratoire aiguë

et la fièvre. Elle semble détenir de bonnes promesses et demande un test supplémentaire dans différents contextes.

### *Approches combinées*

Un certain nombre des interventions décrites ci-dessus ont combiné plusieurs stratégies pour améliorer l'exercice de la médecine chez les praticiens privés. Le PRACTION, outre la négociation des méthodes souhaitées avec les praticiens ciblés, se basait également sur l'éducation et la persuasion par le biais du feed-back aux praticiens à propos de leurs propres pratiques telles qu'elles ressortent de l'EVC. Le PRACTION insiste tout particulièrement sur l'évaluation des pratiques actuelles de prise en charge des cas par les praticiens pour cerner les problèmes et, par la suite, pour contrôler les améliorations (34, 35, 45). Au Kenya, on a combiné approches d'éducation et de motivation. Une formation a été donnée aux commerçants puis des certificats de compétence leur ont été remis lors d'une cérémonie publique. Ils ont également reçu des affiches pour leurs boutiques et ainsi, le public peut reconnaître les commerçants formés (7, 33).

Les interventions sous forme de campagnes nationales utilisent généralement de multiples approches. Par exemple, la campagne nationale de promotion des sels de réhydratation orale en Bolivie ciblait les mères et les pharmaciens par le biais d'annonces diffusées par les mass media. De plus, des visites promotionnelles ont été faites aux pharmaciens de la part des représentants du fabricant des sels de réhydratation orale (48). La campagne a abouti à une très nette augmentation des ventes et de l'utilisation des sels de réhydratation orale. Mais aucune évaluation n'a montré si l'augmentation a pu être maintenue au cours du temps après la fin de la campagne.

### *Autres stratégies*

**Préemballage ou conditionnement conforme à la durée du traitement :** Cette stratégie cherche à améliorer le respect des bonnes pratiques de traitement chez les praticiens et les patients en mettant dans un paquet séparé la dose exacte de médicaments nécessaires pour un seul épisode. Dans le cadre de la survie de l'enfant, cette stratégie est utilisée pour garantir la posologie exacte de médicaments antipaludéens. Par exemple, au Ghana, une étude dans les districts comportant l'introduction de chloroquine et de paracétamol préemballés a indiqué que 82% des patients ont pris correctement le nombre prescrit des comprimés de chloroquine, alors que la proportion n'était que de 65% dans les communautés témoins. Les chiffres correspondant pour le sirop de chloroquine étaient de 54% et de 33%. L'emballage ou le conditionnement semble réduire le nombre d'ordonnances insuffisantes ou excessives de la part des prestataires (3). Des interventions analogues sont prévues pour améliorer la conformité aux modalités du traitement antipaludéen au Burkina Faso, au Nigeria et en Ouganda.

**Education des clients :** Cette stratégie apporte une information aux consommateurs/patients pour qu'ils soient en mesure d'exiger des soins de qualité auprès des prestataires. Elle a surtout réussi dans le cadre des services de planification familiale où les clients sont rendus conscients de leurs droits à recevoir des conseils sur les différentes méthodes de planification familiale. A Yogyakarta, en Indonésie, un module a été mis au point, à l'intention des consommateurs, sur l'utilisation rationnelle des médicaments. La formation a utilisé les textes des insertions accompagnant les paquets de médicaments courants vendus sans ordon-

nance. Cette formation a été dispensée en petits groupes animés par un pharmacien ou un professionnel de la santé et réalisée par des organisations communautaires féminines. La formation a diminué l'utilisation inadéquate de médicaments obtenus sans ordonnance au niveau des ménages (27).

Le Tableau 4 présente un récapitulatif et des exemples de stratégies et d'interventions pour influencer les méthodes des praticiens privés.

**Tableau 4 : Récapitulatif des stratégies et des interventions choisies pour influencer les méthodes des praticiens privés**

**Réglementation :**

Intervention	Pays/année	Résultat	Source (exemples)	Commentaires
Interdiction de médicaments antimotilité pour diminuer les cas d'iléus paralytique.	Pakistan 1990	Une petite enquête en 1993 a montré qu'on a effectivement réussi à retirer les médicaments antimotilité des magasins au détail, mais un marché illégal s'est créé. De plus, l'utilisation d'antibiotiques pour la diarrhée a augmenté.	Butta & Balchin, 1996.	L'intervention ne traitait pas de la demande pour les médicaments antidiarrhéiques. La méthode ciblée a été remplacée par une autre pratique nuisible.
Interdire l'exercice de praticiens non qualifiés : législation interdisant aux infirmières non agréées d'exercer (Loi de Bombay sur les Soins infirmiers, 1949).	Inde, depuis 1949	Application laxiste de la Loi et continuation de services de mauvaise qualité.	Bennett, 1994.	Les gouvernements n'ont pas les moyens de faire appliquer une telle loi. Les mesures de réglementation pourraient être efficaces si la supervision est possible, par exemple, dans un contexte hospitalier.

**Motivation :**

Intervention	Pays/année	Résultat	Source (exemples)	Commentaires
Généraliser la vaccination contre l'hépatite B, le vaccin a été remis à des prestataires privés qui ont eu le droit de faire payer pour faire un bénéfice.	Malaisie, fin années 80 et début années 90	On a encouragé les praticiens privés à utiliser le vaccin, mais aucune évaluation formelle n'a été faite.	Bennett, 1994.	Tenir compte de l'effet du changement souhaité des pratiques des praticiens privés sur leurs bénéficiaires.
Augmenter la disponibilité de praticiens agréés dans les zones rurales, exonération fiscale pour les praticiens privés qui ouvrent un cabinet dans ces régions.	Pakistan, en cours	Pas d'évaluation de l'impact.	Goel, 1996.	Il n'existe pas de littérature sur les autres moyens de motiver les prestataires privés.

**Education/persuasion :**

Intervention	Pays/ année	Résultat	Source (exemples)	Commentaires
Formation de vendeurs de médicaments non agréés grâce à un atelier de formation de 45 heures, plus six mois de pratique sur place. L'atelier n'était pas axé sur des méthodes cibles spécifiques.	Népal, fin années 80 et début années 90	Aucune évaluation formelle des changements dans les méthodes des groupes ciblés.	Kafle, 1992.	Un certain nombre d'études ont mis à jour une « lacune CAP » ; écart entre les connaissances et les méthodes des prestataires. Aussi, les interventions visant à améliorer les connaissances des praticiens risquent de ne pas se traduire par des pratiques modifiées.
Formation vendeur à vendeur : des grossistes ont communiqué aux vendeurs de médicaments des messages spécifiques sur le traitement du paludisme. Des affiches avec des informations essentielles ont été remises aux vendeurs de médicaments.	Kenya, District de Bungoma, en cours	Les résultats préliminaires indiquent une amélioration très nette des pratiques des vendeurs ciblés concernant le traitement du paludisme.	Tavrow, 2001.	Quand la formation est axée sur des pratiques spécifiques et complétée par des outils simples et clairs, elle est plus susceptible d'améliorer les pratiques des praticiens privés. Une analyse des coûts est nécessaire pour planifier des applications plus généralisées.
Formation des commerçants sur la dose correcte pour le traitement contre le paludisme.	Kenya, District de Kilifi, en cours	Les résultats préliminaires non publiés suggèrent que le traitement avec chloroquine bien dosée a augmenté, passant de 4% à 75%.	Wellcome Trust, Institut de Recherche médicale du Kenya, 2001.	
Promotion : visites face-à-face, utilisation de matériel imprimé avec des faits scientifiques distribués aux praticiens privés pour les persuader de prescrire des médicaments plus efficaces et moins chers.	USA 1984 & 1985  Kenya & Indonésie 1995	Impact bien documenté sur l'amélioration des pratiques de prescription.	Soumerai, 1989.  Ross-Degnan, 1996.	Faits prouvant l'efficacité, mais la durabilité de l'application à grande échelle n'a pas encore été démontrée.

**Négociation :**

Intervention	Pays/année	Résultat	Source	Commentaires
<p>PRACTION (Intervention pour l'Amélioration du Traitement par le Praticien privé) : commence par un Examen verbal de Cas au niveau ménage pour identifier les sources et l'efficacité des soins pour les enfants malades. Suivie par Information, Feed-back, Contrat et Suivi Continu (INFECSC), intervention pour rapprocher les méthodes des praticiens privés des normes de la PCIME par le biais de négociations pour établir un « contrat » avec les praticiens. Un suivi continu doit être donné par une entité choisie localement.</p>	<p>Inde, Pakistan, Indonésie, 96 - 98</p>	<p>Suivi initial et continu qui indique les changements dans les pratiques de traitement de la diarrhée infantile, IRA et fièvre. Le suivi identifie également les praticiens qui ont du mal à changer leurs méthodes et qui ont besoin d'une attention accrue.</p>	<p>Northrup, 1997. Chakraborty, 2000. Luby, 2001.</p>	<p>L'intervention a fait l'objet d'un test dans des contextes ruraux et urbains, ciblant des médecins de village non agréés, des médecins, sages-femmes et infirmières agréées et non agréées.</p> <p>L'intervention soulève la question importante du suivi continu permettant un changement comportemental continu.</p>

**Autres Interventions :**

Intervention	Pays/année	Résultat	Source	Commentaires
<p>Préemballage : également connu sous le nom de conditionnement conforme à la durée du traitement, vise à améliorer l'observaion du traitement en remettant le nombre correct de comprimés nécessaires pour un épisode dans un paquet séparé.</p>	<p>Ghana, en cours</p>	<p>Des données non publiées préliminaires indiquent une amélioration en ce qui concerne le respect de la dose correcte de chloroquine pour le traitement du paludisme, de 52% à 82%.</p>	<p>Ressources pour Faire Reculer le Paludisme, rapport de la première réunion, 1999.</p>	<p>Il n'existe pas de test de cette intervention à part le traitement du paludisme.</p>
<p>Education de clients : vise à donner aux clients l'information nécessaire pour qu'ils puissent exiger le traitement correct.</p>	<p>Indonésie, 1995</p>	<p>Amélioration de l'utilisation rationnelle de médicaments sans ordonnance.</p>	<p>Management Sciences for Health, Réseau international sur l'Utilisation rationnelle des Médicaments, 1997.</p>	<p>Aucune information sur l'application spécifique à la survie de l'enfant.</p>

Cette analyse montre que les interventions d'amélioration des pratiques des praticiens privés sont à des stades plus ou moins avancés. En effet, peu d'interventions ont fait l'objet d'un test ou d'une évaluation démontrant leur impact éventuel. En outre, les évaluations qui ont été effectuées concernaient constamment l'efficacité de l'intervention sans analyser son coût. Une telle omission empêche d'arriver à des conclusions quant à la généralisation de l'intervention à grande échelle pour arriver aux conséquences souhaitées sur la santé publique. Le Tableau 5 récapitule les résultats analytiques des stratégies et interventions présentées montrant si elles ont fait l'objet d'une évaluation et d'un test adéquats ou si elles se sont avérées efficaces. Le coût et les possibilités de généralisation à grande échelle sont également indiqués.

**Tableau 5 : Niveau de test, d'évaluation, d'efficacité, de coût et de généralisation possible des stratégies et interventions visant à influencer les pratiques des praticiens**

Stratégie : - Intervention	Test adéquat ?	Évaluation adéquate de l'impact ?	S'est avérée efficace ?	Coût	Peut être généralisée à grande échelle ?
<b>Réglementation :</b> - Interdiction de médicaments nuisibles	Oui	Oui	Limitée, avec de sérieux défauts	Faible	Ne s'est pas avérée efficace
- Interdiction d'exercer pour les praticiens non qualifiés	Oui, la plupart des politiques nationales limitent l'exercice de praticiens informels	Pas d'évaluation formelle	Non, ignorée généralement par les praticiens et le public. Les responsables n'appliquent pas la politique	Faible, si l'on n'en poursuit pas l'application	Ne s'est pas avérée efficace
<b>Motivation</b>	Non	Non	Pas de test adéquat	Motivation par le profit demande des ressources pour subventionner la pratique souhaitée	Probablement, test supplémentaire nécessaire
<b>Éducation/ persuasion :</b> - Formation à base de connaissance	Oui	Oui	Pas d'impact sur la pratique	Relativement faible	Ne s'est pas avérée efficace
- Formation concentrée sur un nombre limité de méthodes spécifiques.	Essais limités	Uniquement évaluation préliminaire	Oui, dans les zones pilotes	Pas d'information sur l'analyse de coût	Possibilité de reproduction

**Tableau 5 (suite)**

Stratégie : - Intervention	Test adéquat ?	Evaluation adéquate de l'impact ?	S'est avérée efficace ?	Coût	Peut être généralisée à grande échelle ?
<b>Education/ persuasion (suite) :</b> - Visites promotionnelles face-à-face aux praticiens.	Oui	Oui	Oui, dans les zones pilotes	Pas d'analyse de coût spécifique, probablement chères	Reste à prouver. Coût risque d'être prohibitif
<b>Négociation : PRACTION</b> (Intervention pour l'Amélioration du Traitement par le Praticien privé) (avec éducation, persuasion et motivation)	Essais limités	Oui	Oui, dans les zones pilotes	Pas d'information sur l'analyse de coût	Peut être reproduite. Test supplémentaire nécessaire
<b>Autres :</b> - Préemballage  - Education du client	Oui, pour le traitement du paludisme  Non	En cours  Non	Oui, pour les résultats préliminaires  Test insuffisant pour les soins des enfants malades	Relativement faible  Inconnu	Doit faire l'objet d'un test  Doit faire l'objet d'un test.

## **IX. Améliorer les pratiques des praticiens privés – Choisir des « agents du changement » adéquats**

Le défi lorsqu'on cherche à améliorer la qualité du traitement chez les praticiens privés ne consiste pas simplement à trouver une méthodologie efficace pour modifier leur comportement, mais également à vérifier que le comportement cible est maintenu après l'intervention. Aussi, faut-il rester en contact avec les praticiens privés pour gérer le cours du changement comportemental à l'aide du partage d'information, du feed-back de la performance, de la motivation et du soutien. Un « agent du changement » ou « agent d'exécution » doit être trouvé. Un tel « agent » doit être crédible, digne de confiance aux yeux des praticiens privés ciblés et il doit se trouver sur place. « L'agent du changement » ne devrait pas représenter une menace pour les praticiens car il doit inviter la confiance et la collaboration des praticiens ciblés. Suivant le type de praticien privé ciblé, on peut considérer les associations professionnelles, les associations non gouvernementales, le personnel du Ministère de la Santé, dont les équipes de santé locales ainsi que les dirigeants communautaires, comme agents du changement possibles.

Le présent examen a trouvé seulement de rares études qui décrivent comment on doit continuer d'améliorer et de suivre l'exercice des praticiens privés après l'intervention de l'étude. De plus il est très important que « l'agent d'exécution » soit crédible lorsqu'on conçoit les interventions de persuasion. Cette crédibilité dépend de la manière dont le public perçoit la compétence et la fiabilité de l'organisation parrainante (41).

A Bihar, en Inde, les « médecins de village » ciblés ont assisté à des séances de partage d'information au siège d'une organisation non gouvernementale locale. Les séances ont été animées par des médecins qualifiés et le format informel a permis d'amples occasions d'interaction mutuelle. Suivant les séances d'information, les agents de santé communautaires ont rendu visite à chaque prestataire privé pour conclure un accord, fournir un feed-back sur les résultats des examens de cas verbaux réalisés auparavant et faciliter des changements de comportement supplémentaires. Par la suite, la responsabilité a été partagée entre une ONG locale, des médecins qualifiés choisis et des agents de santé communautaires (34, 45).

## **X. Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et praticiens privés**

L'initiative mondiale de la PCIME de l'OMS/UNICEF a été mise en place pour réduire la mortalité infantile en minimisant les occasions ratées de dépistage et de traitement des enfants malades. L'initiative se concentre sur cinq maladies ou affections qui causent la majeure partie de la mortalité infantile : diarrhée, infection respiratoire aiguë, paludisme, rougeole et malnutrition. La PCIME a commencé en se concentrant exclusivement sur la formation clinique du personnel des soins de santé primaires en accordant la priorité aux enfants très malades. Lorsqu'on s'est rendu compte que la formation clinique était essentielle, mais non suffisante, deux composantes ont été ajoutées à la PCIME. La première concerne le traitement de l'enfant à domicile et dans la communauté puisqu'un grand nombre des soignants essayent des remèdes à domicile avant de consulter les services de santé. La seconde vise à renforcer les systèmes de soins de santé qui soutiennent les soins de santé primaires, tels que la gestion de la logistique des médicaments et la supervision (49). L'initiative de la PCIME n'a pas encore considéré les praticiens privés comme source importante de traitement des maladies de l'enfance, et surtout de la diarrhée, de l'infection respiratoire aiguë et du paludisme.

En fonction du protocole de la PCIME, une liste de « comportements cibles » peut les définir autant que normes du suivi de la performance des praticiens privés. Cette liste, tel que mentionné auparavant, ne doit pas méconnaître les facteurs complexes qui influencent le comportement des praticiens privés et devrait essayer de garantir que les enfants très malades soient reconnus comme tels, examinés et traités. En effet, toute initiative ambitieuse voulant faire des praticiens privés des « prestataires modèles » n'a guère de chance de réussir.

En fonction du travail de BASICS en Inde, tel que signalé par Chakraborty, le Tableau 6 présente une liste adaptée des comportements cibles pour les praticiens privés (45).

**Tableau 6 : Comportements cibles des praticiens privés pour la survie de l'enfant**

<b>Tous les cas :</b> Information et conseils :	
1.	Donner des informations sur les signes de dangers auxquels il faut faire attention et sur les services de santé à consulter.
2.	Informers les soignants sur la manière de donner chaque médicament à un enfant malade.
3.	Recommander l'allaitement maternel exclusif pour tous les enfants de moins de 6 mois.
4.	Donner au soignant la chance de poser des questions.
5.	Orienter les enfants très malades vers un établissement sanitaire approprié.
<b>Tous les cas de diarrhée :</b>	
6.	Interroger au sujet de l'utilisation des solutions sucre-sel ou des sels de réhydratation orale à domicile avant la consultation.
7.	Recommander les SRO et donner des informations sur la manière de les mélanger.
8.	Recommander des liquides si les SRO ne sont pas disponibles.
9.	Recommander une alimentation continue comme d'habitude ou des repas plus fréquents que d'habitude.
<b>Tous les cas d'infection respiratoire aiguë :</b>	
10.	Utiliser une montre ou un chronomètre pour compter le nombre de respirations par minute. Pour les enfants qui respirent rapidement, recommander la dose correcte de cotrimoxazole.
11.	Examiner la poitrine pour dépister le tirage sous-costal.
12.	Prendre la température avec un thermomètre.
<b>Tous les cas de fièvre :</b>	
13.	Prendre la température avec un thermomètre.
14.	Donner la dose correcte de médicaments antifièvre.
15.	Recommander beaucoup de liquides.
16.	Dans les régions où le paludisme est endémique, donner une dose correcte de médicaments antipaludéens appropriés et recommander de dormir sous des moustiquaires traitées par insecticides.

Adapté de : Chakraborty S., et al, 2000.

## **XI. Existe-t-il un rôle pour les praticiens privés dans la poursuite des buts nationaux de la survie de l'enfant ? – La question n'est pas l'un ou l'autre !**

Les Ministères de la Santé dans les pays en développement ont la tâche difficile d'atteindre des buts de santé ambitieux avec des ressources modestes et parfois, en train de diminuer. En termes réels, les budgets publics de la santé en Afrique subsaharienne et dans un grand nombre des pays d'Amérique latine ont diminué de 50% lors des années 80. Une estimation récente des ressources du secteur de la santé en Zambie indique que le coût de la fourniture d'un ensemble essentiel de services de santé au niveau district demandera plus

du double des ressources de santé disponibles actuellement pour les districts (46). Et, parallèlement, la demande pour les services de santé ne cesse d'augmenter. Par exemple, les pays nouvellement industrialisés et d'autres pays asiatiques constatent que la croissance des revenus a entraîné une telle hausse de la demande des soins de santé que les services publics ne peuvent plus y répondre. Parallèlement, les gouvernements d'un grand nombre de pays en développement constatent que leurs services de santé publique plient sous la charge et commencent à offrir des services dont on peut douter de la qualité. Face aux demandes de responsabilisation des services publics, une des solutions proposées consiste à réduire le rôle de l'Etat et de laisser plus de jeu aux forces du marché (46).

Les programmes d'ajustement de la Banque mondiale soulignent la nécessité de laisser les forces du marché guider la production et la répartition des soins de santé. La position de la Banque mondiale est articulée clairement dans *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Outre l'argument voulant que le secteur privé puisse produire, de manière plus efficace, la plupart des types de soins de santé, sa promotion peut également mobiliser des ressources supplémentaires et permettre aux gouvernements de redistribuer les ressources existantes aux pauvres des zones urbaines et rurales (46).

Toutefois, la position de la Banque mondiale a été remise en question sur divers plans et il n'entre pas dans la portée du présent examen de continuer ce débat. Quelles que soient les opinions sur l'efficacité relative des secteurs public et privé, le débat n'en a pas moins mis en exergue la question relativement négligée du rôle du secteur privé pour atteindre les buts nationaux de santé.

Si la présente analyse ne se penche pas de manière approfondie sur les politiques nationales traitant de l'exercice des médecins privés, en général, elle n'en indique pas moins que la plupart des politiques nationales interdisent aux praticiens non qualifiés d'exercer et, partant, décourage indirectement les efforts en vue de les inclure dans les programmes de santé infantile. On critique les praticiens privés parce qu'ils sont chers et motivés par le profit plutôt que par le bien-être de leurs clients (46). D'autres experts indiquent que les prestataires privés sont concentrés dans les zones urbaines, alors que les besoins les plus importants viennent des emplacements ruraux. En outre, ils ne fournissent que des services curatifs et négligent la prévention dans le cadre des soins de santé primaires. La réalité est pourtant différente : les prestataires privés exercent dans les zones rurales, au même titre que dans les zones urbaines et, dans des pays comme le Pakistan, la Malaisie, l'Inde et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, ils s'occupent également de la prévention, surtout de la vaccination des enfants. Tel que noté auparavant, le Ministère de la Santé en Malaisie a encouragé la vaccination contre l'hépatite B chez les enfants de moins d'un an en fournissant aux prestataires privés le vaccin à un taux fixe et subventionné et en leur permettant de demander un paiement et de réaliser un bénéfice (34, 40).

Un examen des enquêtes démographiques et de santé de 11 pays en développement en Afrique, en Asie et en Amérique latine a montré que l'utilisation des services du secteur privé suivait plus ou moins le mode attendu : utilisation plus faible des biens plus « publics » avec lacunes importantes du côté demande pour des services tels que les vaccinations et la planification familiale et utilisation plus élevée pour des biens plus privés, tels que le traitement des maladies de l'enfant (47). Dans certains pays, les niveaux de fréquentation du secteur privé sont assez élevés, avec souvent plus de la moitié des traitements pour la

diarrhée et les infections respiratoires aiguës fournis par le secteur privé (1, 5, 6, 7, 12, 30, 33, 47).

Le débat concernant le rôle du secteur public opposé au secteur privé doit aller au-delà de la comparaison des avantages et inconvénients des services de santé fournis par l'un ou l'autre des secteurs et trouver des moyens pratiques de travailler ensemble de manière constructive. En fait, il ne s'agit plus de poser la question en termes de « l'un ou l'autre » pour la fourniture des services de santé infantile. Il existe des exemples bien connus de partenariats constructifs forgés entre les secteurs public et privé pour atteindre les buts de santé publique (40). Les partenariats efficaces doivent également entreprendre une amélioration de la qualité en vérifiant l'adhésion aux normes de la prise en charge des cas, les orientations-recours des enfants gravement malades, les conseils sanitaires et la surveillance des maladies.

## **XII. Récapitulatif et conclusion**

Cet examen et cette analyse de la littérature publiée et inédite, ainsi que les discussions avec des chercheurs et experts du comportement de recherche de soins pour les maladies infantiles et de l'amélioration des pratiques privées mettent à jour les éléments suivants :

**1. Le comportement de recherche de soins pour les maladies infantiles est souvent étudié et pourtant, il existe des omissions courantes.** Un grand nombre d'études traitent du comportement de recherche de soins pour les maladies de l'enfant, mais la plupart d'entre elles ne cernent pas de manière précise les sources de services consultés à l'extérieur du ménage. Souvent, les études appellent la source de soins extérieurs un « établissement de santé » ou une « structure de santé » sans spécifier si l'établissement est géré par le Ministère de la Santé, une ONG ou un praticien privé. Une autre omission courante concerne le terme « auto-traitement » qui est souvent utilisé sans étudier la source d'herbes ou de médicaments obtenus. De telles omissions sous-estiment le rôle des pharmaciens, des vendeurs de médicaments informels, des commerçants et des guérisseurs traditionnels en tant que prestataires de soins de santé de l'enfant.

**2. Les praticiens privés jouent un rôle important comme source de soins de santé pour les enfants.** Les praticiens privés, formels et informels, représentent des sources importantes pour traiter la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et le paludisme. Ils représentent la moitié ou plus du volume de soins pour les enfants malades dans les pays en développement. Les études montrent que les prestataires privés jouent un rôle important dans les zones rurales et urbaines. Tant les riches que les pauvres demandent leurs services.

**3. Les praticiens privés fournissent souvent des soins de qualité inférieure aux normes pour les enfants et pourtant, leurs services sont demandés.** Les méthodes utilisées pour juger de la qualité des soins fournis par les praticiens privés sont notamment les enquêtes auprès des ménages, les interviews à la sortie, les interviews par des clients simulés et l'observation directe de la consultation praticien-patient. Les représentants de la santé publique sont constamment très préoccupés par la qualité inadéquate des services dispensés par les praticiens privés. Ces derniers réalisent rarement une prise en charge adéquate des cas de diarrhée, d'infection respiratoire aiguë ou du paludisme. Aussi, perdent-ils une occasion importante de prévenir la mortalité infantile. Toutefois, la communauté trouve, en règle générale, que les prestataires privés sont plus accessibles, plus sensibles aux besoins des clients et davantage

prêts à passer du temps avec leurs clients, comparé aux services dispensés dans le secteur public.

**4. Un grand nombre de facteurs influencent les pratiques des praticiens privés.** En voici certains : leurs connaissances et compétences cliniques ; ce qu'ils jugent être les demandes des clients ; la pression exercée par les représentants des sociétés pharmaceutiques et la marge bénéficiaire qu'ils réalisent en exerçant. Lors de la conception d'interventions efficaces pour améliorer la pratique des prestataires privés, il est important de tenir compte de ces facteurs influençant leur travail.

**5. Généralement, les programmes nationaux de santé publique qui traitent la survie de l'enfant ignorent les praticiens privés.** En règle générale, les politiques nationales interdisent l'exercice médical des praticiens informels ou « non qualifiés ». Aussi, les Ministères de la Santé ne cherchent-ils guère à faire des praticiens privés des partenaires les aidant à atteindre les buts de santé publique. En outre, les autorités sanitaires craignent parfois que la participation de praticiens privés non qualifiés soit perçue comme une reconnaissance officielle les encourageant à continuer leurs pratiques inadéquates. Toutefois, vu la proportion élevée d'enfants malades traités par des praticiens privés, formels et informels, souvent de manière inefficace ou comportant des risques, il n'est plus possible, d'un point de vue moral, de rester les bras croisés. Des stratégies sont nécessaires pour améliorer la qualité des pratiques des prestataires privés et pour augmenter les taux de survie des enfants. Les études montrent que les praticiens privés fournissent des services viables du point de vue financier qui sont demandés par la communauté et qu'ils arrivent jusqu'aux populations reculées qui n'ont guère accès aux établissements du gouvernement.

**6. Peu d'interventions pour améliorer les pratiques de traitement des praticiens privés ont fait l'objet de recherches.** Peu d'études décrivent adéquatement les initiatives prises pour améliorer les méthodes des prestataires privés. Il n'y a guère de rapports sur l'impact des interventions mises à l'essai pour améliorer les pratiques effectives. Les analyses de coût des interventions déjà appliquées, nécessaires pour guider la conception d'une intervention à grande échelle, sont particulièrement négligées. Les stratégies visant à influencer les pratiques des praticiens privés peuvent être divisées en cinq grandes catégories : réglementation, motivation, éducation/persuasion, négociation et approches combinées.

**Réglementation pour le changement de comportement :** Il s'agit notamment d'interdire l'utilisation de médicaments dangereux ou d'interdire l'exercice médical de la part du personnel non qualifié. La réussite de mesures réglementaires dépend de la capacité du pays à appliquer sa réglementation. L'expérience du Pakistan montre que de telles mesures réglementaires à elles seules n'ont pas réussi à corriger l'utilisation excessive de médicaments pour traiter la diarrhée infantile.

**Motivation :** La stratégie de motivation essaye de rendre avantageux, pour les praticiens privés, l'exercice de leur métier de la manière souhaitée. Un des mécanismes à ce propos consiste à subventionner un produit, par exemple, un vaccin et à permettre aux praticiens de demander un paiement et de réaliser un bénéfice. L'apport d'incitations financières aux praticiens demande l'apport de ressources qui ne sont pas toujours faciles à obtenir dans les pays en développement. Toutefois, si la recherche du profit est identifiée comme un facteur important déterminant le comportement de vente dans les pharmacies au détail ou si la

perte économique associée aux comportements en vigueur est importante, alors il est probablement justifié de fournir des incitations financières et/ou des produits subventionnés.

**Education :** Des stratégies qui se concentrent uniquement sur l'amélioration des connaissances des praticiens privés ne réussiront probablement pas à changer le comportement des praticiens ciblés. La littérature prouve l'existence d'une « **lacune CAP** » montrant que les prestataires privés disposent des bonnes connaissances mais qu'ils ne les appliquent pas dans leur travail. Mais, quand la formation est axée sur des pratiques spécifiques et complétée par des outils simples et clairs, elle est plus susceptible d'améliorer les pratiques des praticiens privés.

**Persuasion :** Les visites « promotionnelles » face-à-face sont un moyen qui s'est avéré efficace pour changer le comportement des médecins aux Etats-Unis, en Indonésie et au Kenya. On n'a pas encore démontré la viabilité à long terme de telles interventions dans les pays en développement, surtout si elles sont exécutées à grande échelle.

**Négociation :** L'Intervention pour l'Amélioration du Traitement par le Praticien privé (PRACTION) est une approche à plusieurs composantes reposant sur une négociation qui commence par évaluer les pratiques actuelles des praticiens privés et ensuite, négocie avec celui-ci un « contrat » en vue de modifier les comportements. Cette approche a réussi en Inde, en Indonésie et au Pakistan. L'intervention est prometteuse et mérite d'être essayée davantage dans différents contextes.

**Approches combinées :** Il s'agit du cumul de plusieurs des stratégies susmentionnées. Par exemple, le PRACTION combine l'évaluation à la persuasion, à la négociation et à la motivation. Les initiatives d'amélioration des pratiques des commerçants au Kenya se fondaient sur une combinaison d'éducation et de motivation.

**Autres interventions :** Le préemballage ou pré-conditionnement des médicaments pour inclure le nombre correct de comprimés nécessaires par épisode est une intervention qui a effectivement réussi à améliorer l'adhésion au traitement du paludisme. L'éducation des consommateurs pour les encourager à consulter les services de qualité et à observer le traitement correct est une méthode qui a été appliquée de manière limitée dans le domaine de la planification familiale et dans d'autres domaines, mais elle n'a pas encore été testée dans le cas de la survie de l'enfant.

**7. Les résultats doivent être maintenus et reproduits à grande échelle.** Une fois l'intervention achevée, il est très important de suivre et de gérer le processus du « changement comportemental » pour maintenir et continuer à améliorer la pratique des prestataires privés. La mise en œuvre montre que le choix d'un « agent d'exécution » ou d'un « agent de changement » pour l'intervention est aussi important que l'intervention elle-même. « L'agent de changement » doit être crédible aux yeux des praticiens privés, accessible localement et digne de confiance. Suivant les praticiens ciblés, on peut désigner comme « agent d'exécution » des associations professionnelles, des organisations non gouvernementales, du personnel du Ministère de la Santé et des dirigeants communautaires.

La plupart des interventions documentées destinées à améliorer les pratiques des prestataires privés ont été essayées uniquement dans un contexte pilote. On n'a pas encore démontré la

faisabilité d'étendre à grande échelle ces interventions pour arriver à l'impact souhaité sur la santé publique.

### **XIII. Recommandations**

#### *Politiques nationales de santé*

1. Il ne faudrait plus ignorer les praticiens privés comme sources de soins pour les enfants malades. Il faut reconnaître leur apport potentiel à la survie de l'enfant et les inclure aux stratégies et programmes qui visent à réduire la mortalité infantile.
2. Les politiques nationales qui interdisent généralement l'exercice médical par les praticiens informels doivent être revues et modifiées pour permettre des interventions qui visent à améliorer la qualité de leurs services.
3. Les modèles de partenariat entre les secteurs public et privé devraient être documentés et partagés entre pays pour encourager la discussion et influencer les stratégies nationales afin qu'elles utilisent le secteur privé pour atteindre les buts de santé publique.

#### *Programmes de santé infantile*

4. Les programmes de suivre de l'enfant doivent reposer sur les modes de recherche de soins qui existent dans la communauté. Il faut identifier clairement toutes les sources de conseils et de traitement, y compris le traitement à domicile. L'investissement subséquent dans les programmes de survie de l'enfant doit tenir compte des sources de soins qui sont effectivement utilisées par les soignants des enfants malades et pas simplement des formations sanitaires publiques.
5. Les conférences mondiales et régionales doivent être utilisées pour plaider de la participation des praticiens privés aux programmes de santé publique et pour obtenir le soutien des décideurs nationaux et des organisations internationales.

#### *Préparer et mettre en œuvre des interventions visant à utiliser le potentiel des praticiens privés pour la survie de l'enfant*

6. Pour préparer les interventions visant à utiliser le potentiel des praticiens privés pour la survie de l'enfant, des évaluations complètes doivent être faites aux fins suivantes :
  - Compiler des politiques nationales qui cherchent à réglementer l'exercice médical des praticiens privés, formels et informels.
  - Evaluer le comportement de recherche de soins de santé en identifiant notamment toutes les sources de soins infantiles. Les outils et questionnaires utilisés pour étudier les modes de recherche de soins pour les maladies infantiles devraient examiner de manière plus spécifique la source des soins. Il faut notamment sonder davantage la notion « d'auto-traitement » pour trouver la source des herbes ou des médicaments utilisés. Il faut également décrire de manière plus spécifique la source des soins infantiles mentionnée comme « formation sanitaire ».

- Déterminer les types et la répartition des praticiens privés, formels et informels, exerçant leur métier.
- Evaluer et analyser les filières possibles permettant d'atteindre les praticiens privés, formels et informels, telles que les organisations et les associations professionnelles, les mass media et les canaux de distribution des médicaments.
- Evaluer la qualité des soins fournis par des praticiens privés, formels et informels, pour les maladies infantiles, afin de cerner les problèmes clés aux niveaux de l'examen, du traitement et des conseils.
- Comprendre les facteurs influençant les pratiques des praticiens privés, notamment les marges bénéficiaires pour les pratiques actuelles opposées à celles souhaitées.

Un outil intégral reposant sur les outils existants devrait être formulé pour faire une telle évaluation. (Voir Annexe 1 : Directives pour la réalisation d'une évaluation des praticiens privés, formels et informels, pour la survie de l'enfant.)

7. Une stratégie spécifique devrait être élaborée, en fonction de l'évaluation, pour utiliser le potentiel des praticiens privés dans le cadre des programmes de survie de l'enfant, recommander les politiques adéquates, choisir des points d'entrée pour travailler avec les praticiens privés et concevoir des interventions particulières pour améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent.
8. Les interventions qui visent à améliorer l'efficacité de la prise en charge des maladies de l'enfance par les praticiens privés ont plus de chance de réussir si elles :
  - ciblent les méthodes de travail des praticiens privés, et pas simplement les connaissances ;
  - sont réalistes, pas trop ambitieuses et se concentrent sur les pratiques clés qui peuvent sauver la vie de l'enfant ;
  - tiennent compte des facteurs complexes et multiples qui influencent le travail des praticiens privés ;
  - sont réalisées par une entité crédible, digne de confiance et acceptable aux yeux des praticiens privés, formels ou informels, ciblés ;
  - sont réalisées de manière non menaçante,
  - sont pratiques et respectueuses du peu de temps libre dont disposent les praticiens privés.
9. Une vérification supplémentaire des interventions pilotes devrait être réalisé, surtout pour les interventions prometteuses décrites dans le cadre des stratégies d'éducation/persuasion et négociation. La plupart des interventions décrites n'ont pas fait l'objet d'un test suffisant et aucune n'a été essayée à grande échelle.
10. Les interventions devraient être essayées à l'échelle pilote dans le but de les pérenniser et de les étendre par la suite à plus grande échelle. Les organismes d'exécution doivent dépendre essentiellement des ressources disponibles localement et éviter, dans la mesure du possible, de mobiliser des ressources ou créer des structures supplémentaires. En effet, l'adjonction de ressources ou de structures artificielles pourrait renforcer l'impact de l'intervention dans la zone pilote, mais compromettra sa faisabilité lors de l'application à grande échelle. Si l'on veut le maintien continu des pratiques améliorées par les

praticiens privés, l'intervention doit être exécutée, dès le départ, par une entité locale appropriée.

11. Les interventions qui ont fait l'objet d'un test doivent être évaluées de manière adéquate, faits à l'appui. L'évaluation ne devrait pas se limiter au processus et à l'impact des interventions, mais devrait également préciser son coût. Il faut inclure la documentation de la méthodologie utilisée, données en entrée et des rôles des différents agents d'exécution.

## **Annexe 1 : Directives pour la réalisation d'une évaluation des praticiens privés, formels et informels, pour la survie de l'enfant**

Des données d'information clés sont nécessaires pour formuler une stratégie visant à améliorer l'efficacité des pratiques de prise en charge des cas par les praticiens privés.

1. Compilation de politiques nationales :

Compiler les politiques nationales qui réglementent l'exercice médical, y compris la rédaction d'ordonnance, par les praticiens privés formels et informels.

2. Evaluation du comportement de recherche de soins de santé pour les maladies infantiles :

Evaluer ce que font effectivement les soignants des enfants en cas de diarrhée, d'IRA et de fièvre. Cette évaluation doit traiter des mesures prises à domicile, de toutes les sources de conseils/soins à l'extérieur du domicile et de l'efficacité du traitement et des conseils fournis par chaque source de soins.

3. Description du profil des praticiens privés :

Expliquer le type de praticiens qui exercent, leur niveau de formation et leur mode de répartition géographique au sein de la population (urbain, rural).

4. Evaluation des filières disponibles pour entrer en contact avec les praticiens privés, formels et informels, et de leurs sources d'information :

Identifier les associations professionnelles, les organisations et les réseaux de distribution de médicaments qui ont accès aux praticiens formels ou informels. Identifier la source d'information technique pour les praticiens formels et informels.

5. Evaluer l'efficacité des soins dispensés par les praticiens privés, formels et informels, pour les maladies infantiles :

Evaluer les grands écarts par rapport aux normes cliniques de la PCIME concernant les pratiques de prise d'antécédents, d'examen, de traitement et de conseils pour la diarrhée infantile, les IRA et le paludisme.

6. Comprendre les facteurs qui influencent les méthodes de travail des praticiens privés et voir si les praticiens privés sont prêts à participer à une intervention :

La marge bénéficiaire, les attentes des clients et les visites des sociétés pharmaceutiques sont au titre des facteurs qui exercent une influence importante sur le comportement des praticiens privés. Avant de démarrer un programme, l'information suivante devrait être réunie auprès des praticiens privés : volonté de participer à une intervention, méthode préférée, temps disponible pour participer et moments les plus appropriés pour participer.

## Méthodes pour collecter les données d'information clés et durée approximative

Méthode	Activités	Durée estimée
Interviews avec des représentants de la santé	Collecter l'information sur les politiques nationales concernant l'exercice et les ordonnances des praticiens privés.	Deux semaines : une semaine pour collecter l'information et une semaine pour récapituler les politiques.
Enquête auprès des ménages/ Examen verbal de Cas	Interviewer les mères pour identifier les mesures prises, le cas échéant, à domicile et à l'extérieur concernant la maladie récente de leur enfant. Il faut identifier avec précision les sources de soins/ médicaments à l'extérieur du domicile. Il faut étudier l'efficacité du traitement.	Quatre mois : un mois pour la conception de l'outil (ou pour adapter les outils existants) et les tests sur le terrain ; un mois pour la collecte de données ; deux mois pour l'analyse de données et la récapitulation des résultats.
Visites de clients mystères ou interviews à la sortie	<p>Si l'enquête auprès des ménages susmentionnée ne comprend pas d'information sur l'efficacité de la prise en charge des cas assurée par les différentes sources de soins infantiles, faire des visites avec des clients mystères ou des interviews à la sortie.</p> <p>Les visites des clients mystères sont des visites structurées faites par des interviewers formés qui « prétendent » chercher des conseils pour leur enfant malade, par exemple, il souffre de diarrhée aqueuse depuis deux jours, sans fièvre ni sang dans les selles.</p> <p>Les interviews à la sortie consistent à attendre à l'extérieur du cabinet du praticien privé et à interviewer les clients qui ont fini leur consultation.</p>	<p>Quatre semaines : Mais cela dépendra de la répartition géographique des praticiens privés ciblés.</p> <p>Les visites des clients mystères sont plus rapides que les interviews à la sortie car il n'y a pas de temps d'attente.</p>
Interviews avec les associations professionnelles et les dirigeants/ porte-parole communautaires	Interviewer les associations professionnelles actives, telles que les syndicats médicaux, les associations d'infirmiers pour prendre connaissance de la répartition géographique et du niveau de formation des praticiens formels. Interviewer des dirigeants et porte-parole communautaires bien choisis pour prendre connaissance de la répartition et du niveau de formation des praticiens informels, tels que les commerçants et les guérisseurs traditionnels.	<p>Une semaine : pour des interviews avec des associations professionnelles.</p> <p>Une semaine : pour des interviews avec des dirigeants et des porte-parole communautaires.</p> <p>Une semaine : pour récapituler les résultats.</p>
Interviews avec des prestataires privés choisis	<p>Interviewer les prestataires, formels et informels, choisis pour connaître leur participation à des groupes professionnels, les facteurs influençant leur travail (bénéfice, pression des clients, niveau de connaissances et de compétences...), voir s'ils sont prêts à participer à une intervention se rapportant à la survie de l'enfant, méthode préférée, jour de la semaine, heure.</p> <p>Note : l'interview des prestataires n'est pas une méthode recommandée pour obtenir des données sur la qualité des services qu'ils dispensent.</p>	<p>Trois semaines : préparer des questions semi-structurées et réaliser des interviews.</p> <p>Deux semaines : récapituler les résultats.</p>

## Références

1. Northrup R., *Reaching the private practitioner*, Issues Paper #2, PRITECH (Technologies for Primary Health Care) Project, Management Sciences for Health, Boston, juillet 1993.
2. McCombie S.C., Treatment seeking for malaria: a review and suggestions for future research, *Social and Economic Research in Tropical Diseases*, Resource Paper No. 2, 1994.
3. Resources Network for Roll Back Malaria, *Improving the quality of care at home, Report of first meeting*, 1999.
4. Ministère de la Santé fédéral, Nigeria, PCIME Unit, *Edo State Study*, 1998 (document inédit).
5. Département des Statistiques, Ouganda, and Macro International Inc., *Uganda Demographic and Health Survey*, Calverton, Maryland, 1995.
6. Ministère de la santé, Ouganda, PCIME Unit, 2001 (document inédit).
7. Wellcome Trust, Kenya Medical Research Institute, Collaborative Research Programme, *Changing home treatment of childhood fever by training shop keepers in rural Kenya*, 2001 (document inédit).
8. Orobato N., *The role of rural drug vendors in health services in Eritrea: discussion paper*, Ministère de la Santé, Erythrée, BASICS, Arlington, Virginia, octobre 1997 (document inédit).
9. Ferrez-Tabor L., *Forging new partnerships : PRITECH's Pakistan experience in involving the commercial sector in ORS marketing*, PRITECH Project, Management Sciences for Health, Boston, 1991.
10. Viswanthan H., Rohde J., *Diarrhea in Rural India*, Vision Books, 1990.
11. Sutrisna B., et al., Care seeking for fatal illnesses in young children in Indramayu, West Java, Indonesia, *The Lancet*, 1993, 342:787-789.
12. Kafle, K., *Community treatment practices for common problems in Nepal*, INRUD (International Network for Rational Use of Drugs), Management Sciences for Health, Boston, vol. 8, no. 1, février 1998.
13. Thien A., KAP of mothers on childhood ARI, *Southeast Journal of Tropical Medicine and Public Health*, septembre 1994.
14. Igun U.A., Reported and actual prescription of oral rehydration therapy for childhood diarrheas by retail pharmacists in Nigeria, *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol. 39, no. 6, pp. 797-806.
15. Inayat H., Private practitioners in the slums of Karachi : what quality of care they offer ?, *Soc. Sci. Med.*, 1998, vol. 46, no. 11.
16. Murray J., *Rural drug vendors in Eritrea : a study of practices and training needs*, BASICS, Arlington, Virginia, février 1998.
17. Bruga R., Zwi A., Improving the quality of private sector delivery of public health services : challenges and strategies, *Health Policy and Planning*, vol. 13, Issue no. 2, juin 1998.
18. Ickx P., *Central Asia Infectious Diseases Program, Simulated Purchase Survey*, Rational Pharmaceutical Management, Kazakhstan, BASICS, Arlington, Virginia, 1996.
19. Bates J., *Where has the Tetracycline gone ?*, Management Sciences for Health, Boston, 1987.
20. AHRTAG (Applied Health Resources and Technologies Action Group Ltd.), *ARI News*, Issue no. 18, novembre 1990.

21. **National Acute Respiratory Infection Control Program of Egypt**, *ARI Newsletter*, Issue no. 11, décembre 1994.
22. **Roemer**, Private medical practice: obstacle to health for all, *World Health Forum* 1984, no. 5: 195-210.
23. **BASICS** (Basic Support for Institutionalizing Child Survival) Project, *Health Facility Assessment Surveys*, 1995-1998, Arlington, Virginia (document inédit).
24. **Avorn J., et al.**, Improving drug-therapy decisions through educational outreach : a randomized controlled trial of academically-based detailing, *N Engl J Med*, 1983, 308:1457.
25. **Paredes P., et al.**, Factors influencing physicians' prescribing behavior in the treatment of childhood diarrhea : knowledge may not be the clue, *Soc. Sci. Med.*, 1996, vol. 42, no. 8, pp. 1141-1153.
26. **Soumerai S., et al.**, Improving drug prescribing in primary care : a critical analysis of experimental literature, *Milbank Q.*, 67, 268, 1989.
27. *Managing Drug Supply*, 2<sup>e</sup> édition, Management Sciences for Health en collaboration avec l'OMS, Kumarian Press Books on International Development, 1997.
28. **Bennett S.**, Promoting the private sector : a review of developing country trends, *Health Policy and Planning*, 1992, 7(2):97-110.
29. **Bennett S., McPake B.**, *Private health providers in developing countries, serving the public interest?*, Zed Books Health/Development, 1997.
30. **BASICS** (BASICS Support of Institutionalizing Child Survival), *Verbal Case Review, Bangladesh*, Arlington, Virginia, 1998 (document inédit).
31. **BASICS** (BASICS Support of Institutionalizing Child Survival), *Comparison of community based organization health facilities and patent medicine vendors in Lagos, Kano and Aba, Nigeria*, Arlington, Virginia, 1997 (document inédit).
32. **Rohde J.**, *The Rural Private Practitioner*, Oxford University Press, 1995.
33. **Tavrow P., et al.**, *How rural vendors reduced harmful anti-malarial practices in Kenya's private sector*, Quality Assurance Project, Bethesda, Maryland, 2001 (document inédit).
34. **Northrup et al.**, *Working with private sector to achieve child survival goals—Evidence from operations research study in rural Bihar, India*, BASICS (Basic Support of Institutionalizing Child Survival), Arlington, Virginia, 1997.
35. **Luby S., et al.**, *Improving private practitioner sick child case management in two urban communities in Pakistan*, 2000 (document inédit).
36. **Silimperi D.**, *The urban private health sector inventory, Nigeria*, BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), Arlington, Virginia, 1995.
37. **Bhutta, Balchin**, Assessing the impact of a regulatory intervention in Pakistan, *Soc. Sci. Med.*, 1996, vol. 42, no. 8, pp. 1195-1202.
38. Membongkar skandal obat palsu, Indonesia, *Tempo* 21, 60, mai 1998.
39. **Haak H., Claeson M.**, Regulatory actions to enhance appropriate drug use : the case of antidiarrheal drugs, *Soc. Sci. Med.*, 1996, vol. 42, no. 7, pp. 1011-1019.
40. **Bennett S.**, Carrot and stick : state mechanisms to influence private provider behavior, *Health Policy and Planning*, 1994.
41. **Goel P., et al.**, Retail pharmacies in developing countries : a behavior and intervention framework, *Soc. Sci. Med.*, 1996, vol. 42.
42. **Frederick O.**, Primary care training for patent medicine vendors in rural Nigeria, *Soc. Sci. Med.*, 1992, vol. 35, no. 12, pp. 1477-1484.
43. **Caragay R.**, Training of indigenous health workers : a Philippine experience, *World Health Forum*, 1982, 3(2):159-163.

44. **Ross-Degnan D., et al.**, The impact of face-to-face educational outreach on diarrhea treatment in pharmacies, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(3):308-318.
45. **Chakraborty S., Sister Ann D'Souza, Robert Northrup**, Improving private practitioners' care of sick children : testing new approaches in Bihar, *Health Policy and Planning*, 2000, 15(4), pp. 400-407.
46. **Bennett S.**, Promoting the private sector : a review of developing country trends, *Health Policy and Planning*, 1992.
47. **Berman P.**, The role of private providers in maternal and child health and family planning services in developing countries, *Health Policy and Planning*, 1996.
48. **Saade C.**, *Mobilizing the commercial sector for public health objectives in Bolivia*, BASICS (BASICS Support of Institutionalizing Child Survival), Arlington, Virginia, 1998 (document inédit).
49. **Lambrechts T., Bryce J., Orinda V.**, Integrated management of childhood illness : a summary of first experiences, *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (7).







## BASICS II



Cette publication est préparé par le Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA), qui est mis en œuvre par l'Académie pour le Développement de l'Education en collaboration avec le Projet BASICS, qui est financé par USAID, Global Bureau. SARA est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable (AFR/SD/HRD), aux termes du contrat AOT-C-00-99-00237-00.

